



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPERTANSİYON HASTALARINA UYGULANAN TELEFON
İLE İZLEMİN İLAÇ UYUMU, KAN BASINCI VE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ
BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ**

BETÜL BELGİN KAYA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr:Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2022

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Betül Belgin KAYA
Tez Başlığı : Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon ile İzlemin
İlaç Uyumu Kan Basıncı ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk
Faktörleri Bilgi Düzeyine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 13.04.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyei Esra K. ÇAMDEVİREN İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Gülcan BAĞCIVAN Koç Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan bütün durumlarda etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucunda elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Betül Belgin KAYA

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgisiyle yol gösteren, desteğini ve emeğini esirgemeyen değerli danışmanım ve hocam Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e ,

Çalışmaya gönüllü olarak katılım sağlayan tüm hastalara ve çalıştığım aile sağlığı merkezi çalışanlarına

Hayatım boyunca her alanda sevgi ve desteklerini esirgemeyen aileme, tez dönemi boyunca desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1.ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Kan Basıncı ve Hipertansiyon	6
4.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	6
4.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	7
4.3.1. Kan basıncı değerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması.....	8
4.3.2. Organ hasarına göre hipertansiyonun sınıflandırılması	9
4.3.3. Etiyolojisine göre hipertansiyonun sınıflandırılması.....	10
4.4. Hipertansiyonun Belirtileri.....	10
4.5. Hipertansiyonda Tanı	10
4.6. Hipertansiyonda Risk Faktörleri.....	11
4.6.1. Hipertansiyonda kontrol edilebilen risk faktörleri.....	11
4.6.2. Hipertansiyonda kontrol edilemeyen risk faktörleri	12
4.7. Hipertansiyon Komplikasyonları	13
4.8. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Risk.....	13
4.9. Hipertansiyonun Tedavisi.....	13
4.9.1 Farmakolojik tedavileri.....	13
4.9.2. Non-farmakolojik tedavileri	14
4.10. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyum ve Etkileyen Faktörler ..	17
4.11. Hipertansiyon Hastalarında Verilen Hemşirelik İzlemin Önemi	18
4.12. Hemşirelikte Telefonla İzlemin Önemi	18
5. MATERYAL VE METOD.....	20
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	20
5.2. Araştırma Hipotezleri	20
5.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	20

5.4. Araştırma Yeri ve Zamanı	20
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
5.5.1. Evren.....	21
5.5.2. Örneklem	21
5.6. Araştırmada Randomizasyonun Sağlanması	24
5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
5.8. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	25
5.9. Veri Toplama Araçları.....	25
5.9.1. Hasta tanılama formu (Ek-1)	25
5.9.2. Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu (Ek-2)..	26
5.9.3. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (Karraf-bd) (Ek 7)	26
5.9.4. Telefon izlem planı formu (EK-4).....	27
5.9.5. Hasta Memnuniyet Anketi	27
5.10. Veri Toplama Yöntemi.....	27
5.11. Uygulama	27
5.11.1. Hipertansiyonlu hastalara yönelik bilgilendirme içeriği uzman görüşlerinin alınması.....	27
5.11.2.Araştırmanın Uygulanması.....	29
5.11.3. Müdahale grubu uygulaması.....	30
5.11.4. Kontrol grubu uygulaması	30
5.12. Verilerin Analizi	31
5.13. Araştırmanın Etik Yönü	32
6. BULGULAR.....	33
7.TARTIŞMA	46
7.1. Hasta Tanılama Formu Sonuçlarının İncelemesi	46
7.1.1. Sosyo-demografik özelliklerinin incelemesi	46
7.1.2. Tıbbi özelliklerin gruplara göre dağılımının tartışması	47
7.1.3. Hastalığa ilişkin belirti ve bulguların gruplara göre dağılımının tartışması	48
7.2. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefonla Hemşirelik İzleminin İlaç Tedavisine Uyumunun Tartışması.....	48
7.3. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon ile İzlemin Kan Basıncına Etkisi.....	50

7.4. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon ile İzlemin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine Etkisi.....	51
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
8.1.Sonuç	53
8.2.Öneriler.....	53
9. KAYNAKLAR	54
10.EKLER.....	66
11. ETİK KURUL ONAYI	85
12. ÖZGEÇMİŞ.....	88



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DM	Diabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
KB	Kan Basıncı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KVH	Kardiyo-Vasküler Hastalıklar
KVS	Kardiyo-Vasküler Sistem
METSAR	Türk Erişkinlerinde Metabolik Sendrom Prevelans Araştırması
MI	Miyokart İnfarktüsü
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
Paten-T	Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
SALT-TURK	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Prevelans Çalışması
SKB	Sistolik Kan Basıncı
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.3.1.1. JNC-8 Kan Basıncı Sınıflandırması.....	8
Tablo 4.3.1.2. AHA/ACC Kan Basıncı Sınıflandırılması.....	8
Tablo 4.3.1.3. ESC/ESH Kan Basıncı Sınıflandırması.....	9
Tablo 5.6.1. Randomizasyon oluşum tablosu.....	24
Tablo 5.12.1. Hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin normal dağılımı.....	31
Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı.....	33
Tablo 6.2 Tıbbi Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı.....	35
Tablo 6.3 Hipertansiyona İlişkin Belirtilerinin Gruplara Göre Dağılımı.....	37
Tablo 6.4 Müdahale ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Öz-Etkililik-Kısa Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40
Tablo 6.5 Müdahale ve Kontrol Grubunun Sistolik Kan Basıncı Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 6.6 Müdahale ve Kontrol Grubunun Diyastolik Kan Basıncı Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 6.7 Müdahale ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	43
Tablo 6.8. Hasta Memnuniyet Anketine İlişkin Bulgular.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1 Consort 2010 Akış Şeması.....	23
Şekil 5.11.2 Araştırmanın Uygulanması.....	29
Şekil 6.1 Gruplara Göre İlaç Uyumu.....	41
Şekil 6.2 Gruplara Göre Bilgi Puanları.....	44



1.ÖZET

HİPERTANSİYON HASTALARINA UYGULANAN TELEFON İLE İZLEMİN İLAÇ UYUMU, KAN BASINCI VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu araştırma; hipertansiyonu olan hastalara tele-hemşirelik uygulamasıyla verilen eğitimin hastanın tedaviye uyumuna, kan basıncına ve kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrol gruplu ve deneysel olarak yapılmıştır. Uygulama İstanbul ilinde bir aile sağlığı merkezine başvurmuş 69 hasta ile 34 müdahale ve 35 kontrol grubu olarak gruplandırma yapılarak randomizasyon yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Vaka grubuna 1 aylık tele-hemşirelik uygulamasıyla eğitim programı uygulanıp kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Bir ay sonrasında eğitim verilen vaka grubu ve kontrol grubu ilaç kullanımı, kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda olan hastalara ilk görüşmede; Hasta Tanılama Formu, Hipertansif Hastalarda İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD), uygulanarak ön test yapılmıştır. Müdahale grubundaki hastalara bir ay boyunca beşer gün arayla telefonla takip edilerek gerekli eğitim planı uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bir ay sonunda müdahale ve kontrol gruplarına İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) uygulanarak son test gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde hipertansif hastaların ilaç uyum öz-etkililik puanlarında ($\bar{x}_{ilk}=43,73$), ($\bar{x}_{son}=50,70$) anlamlı derecede artış, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puanlarında ($\bar{x}_{ilk}=17,50$) ($\bar{x}_{son}=25,70$) artış anlamlı bulundu. Araştırma sonunda hipertansif hastalara uygulanan telefonla izlemin ilaç uyumunu ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hemşire, İlaç Uyum, Tele -İzlem

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF TELEPHONE FOLLOW-UP APPLIED TO HYPERTENSION PATIENTS ON DRUG COMPLIANCE, BLOOD PRESSURE AND CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVEL

This study aims to investigate the patient's compliance with the treatment of the training given with the tele-nursing application, and the effect on blood pressure and cardiovascular disease risk knowledge level with the randomized field experiment method. The study was carried by randomization method by grouping 69 patients who applied to a family health center in Istanbul. In addition, this group was divided into two as 34 experimental and 35 control groups. Tele-nursing training program was applied to the case group for a month, and there was no intervention to the control group. After a month, the knowledge level of the case group and the control group were compared in terms of drug use, blood pressure and cardiovascular disease risk. In the first interview with the patients in the intervention group; a pre-test was performed by applying the Patient Diagnosis Form, the Short Form of the Self-Efficacy Scale for Adherence to Medication in Hypertensive Patients, and the Risk Factors in Cardiovascular Disease Knowledge Level (CARRIF-KL) scale. The patients in the intervention group were followed up by phone each 5 days of a month by applying the necessary training plan. At the end of the related month, the final test was performed to the intervention and control groups by applying the Risk Factors in Cardiovascular Disease Knowledge Level (CARRIF-KL) and Self-Efficacy Scale-Short Form, The related data obtained from the research were obtained from SPSS (Statistical Package for Social Sciences) by using Windows 22.0 program. When the findings obtained from the study were evaluated, there was a significant increase in drug compliance self-efficacy scores ($\bar{x}_{\text{first}}=43.73$), ($\bar{x}_{\text{last}}=50.70$) in hypertensive patients, and cardiovascular disease risk factors knowledge level scores ($\bar{x}_{\text{first}}=17.50$) ($\bar{x}_{\text{last}}=25.70$) was interpreted as significant. At the end of the study, it was concluded that phone-based monitoring method applied to the hypertensive patients increases the drug compliance and cardiovascular disease risk factors knowledge level.

Keywords: Hypertension, Nurse, Medication Compliance, Tele-Monitoring

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, kronik hastalıklar arasında toplumda en sık görülenlerinden biri olup önlenebilen, tedavisi gerçekleştirilebilen bir hastalıktır (Aydoğdu ve ark., 2019). Hipertansiyon, kalp, nörolojik, böbrek hastalıkları gibi bozukluklara neden olmakla birlikte önlenebilir ölüm sebeplerinden biri olarak görülmektedir (Jong ve ark., 2015). Dünya geneline bakıldığında erkekleri %25, kadınları ise %20 oranında etkilediği düşünülmekte ve erkeklerin sadece %10,9'u ve kadınların %16,8'si kan basıncını kontrolde tutabildiği vurgulanmaktadır (Mills ve ark., 2020). Ülkemizde ise hipertansiyon en sık görülen üçüncü hastalıktır ve 2019 yılında 15 yaş üstü nüfusun %16,4'ünü etkilemiştir. Ayrıca Türkiye Diyabet, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II (TURDEP-II) araştırması sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı %31,4 oranında bulunmuştur (TURDEP-II, 2010). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2019 yılı istatistiklerine göre dolaşım sistemi hastalıkları %36,8 ile ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almakta ve hipertansif hastalıklar dolaşım sisteminden kaynaklanan ölümlerin içerisinde ise %7,9'luk oranı oluşturmaktadır (TÜİK, 2019).

Hipertansiyon tedavisinde en önemli unsur ilaç uyumudur. Tedavide başarı sağlamak, hastalık yönetimini gerçekleştirmek ve hipertansiyonun komplikasyonlarını önlemek için temel olarak tedavi uyumu desteklenmelidir (Emre ve ark., 2020; Vatansever ve Ünsar 2014). Antihipertansif ilaç kullanımı ve kan basıncı (BP) düzeylerinin kontrolü, hipertansiyonu olan yetişkinlerde kardiyovasküler hastalık ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskini azaltmaktadır (Bundy ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına bakıldığında hipertansif hastaların kan basıncı kontrolünün yalnızca %28,7 olduğu belirtilmiştir (Arıcı ve ark., 2015). Antihipertansif ilaçlara uyum, kan basıncını kontrol etmek için oldukça önemlidir ancak hipertansiyon hastalarının bir bölümü reçete edilen ilaç dozlarının yalnızca bir miktarını almakta, bir kısmı da ilaçlarını tamamen bırakabilmektedir (Nieuwlaat, 2014). İlaç uyumu olmayan bireyler, kan basıncı kontrolünde zorlanmakta ve olumsuz sonuçlar bakımından yüksek risk taşımaktadırlar (Aşilar, 2015).

Hipertansiyon, kardiyovasküler sebeplere bağlı morbidite ve mortalite faktörleri içerisinde büyük bir öneme sahiptir (Mancia ve ark., 2013). Türkiye'de

kardiyovasküler risk faktörlerini araştıran “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı” (TEKHARF) çalışması, hipertansiyonun kadınlarda ve erkeklerde koroner nedenli ölüm riskini artırdığını göstermiştir (Onat ve ark., 2017). Bu doğrultuda, hipertansiyon hastaları, normal kan basıncına sahip bireylere oranla iki kat fazla koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği gelişme riskini taşımaktadır (Türkmen ve ark., 2012). Gelişmekte olan diğer ülkelerde bireylerin KVH risk faktörleri konusunda bilgi eksiklikleri, hastalık hakkındaki farkındalıklarını, tutum ve davranışlarını etkilemektedir (Ahmed, 2014). Risk faktörleri hakkında bilgi düzeyinin desteklenip artırılması, hastalıkların ortaya çıkışını önlemeye ve ertelemeye yardımcı olmaktadır (İnangil ve Şendir, 2014).

Hipertansiyonu erken fark etmek, teşhis ve tedavi etmek büyük derecede önem teşkil etmektedir. Büyük tansiyon tanımıyla isimlendirilen sistolik kan basıncında oluşan 2 mm/Hg bir düşüş, koroner arter hastalığı sebebiyle oluşan ölümlerde %7, inme sebebiyle oluşan ölümlerde %10 azalma sağlamaktadır (Eryıldız ve Ergüney, 2017).

Hipertansiyon hastalarının kan basıncını kontrol altına almak, ilaç tedavilerine uyumu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek için eğitim, bilgilendirme, danışmanlık, hatırlatıcılar (kısa mesaj servisi, mail vb), telefonla izlem gibi girişimler etkili olabilmektedir (Kes ve ark., 2016).

Telefonla izlem, hastaların ihtiyaçlarını takip etmek ve karşılamak için elverişli, kullanışlı ve maliyeti düşük bir yöntemdir. Telefon ile takip edilen hastaların sağlık davranışlarını geliştirme eğilimleri yüksektir (Boroumand ve Moeini, 2016). Ülkemizde hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve kan basıncı kontrolü istenilen düzeyde değildir ve hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumunu artıran ve kan basıncı takip edip kontrolünü sağlayacak, tüm hastaların erişebilecekleri, uygun, maliyeti düşük, etkili ve dönüt alınabilen eğitim veren ve izlem yapan programların sistematik bir şekilde artışına gereksinim bulunmaktadır (Kes ve Olgun, 2016). Tele-izlem yöntemiyle sağlıkta bölge olanakları artırılarak, hizmetlerden yararlanım açısından eşitlik sağlanacaktır (Pazar ve ark., 2015).

Hastaların kan basıncı kontrol ve takibini düzenli yapabilmeleri, ilaç tedavisinin sürekliliğini sağlayarak yaşam şeklinde değişiklikler sağlamaları için

hemşirelik izlemi oldukça gereklidir. Hipertansiyon yönetimini sağlamada sağlık profesyoneli olarak hemşireye önemli görevler düşmektedir (Yıldırım, 2021). Tele-hemşirelik izlemi gelecekte hemşirelik bakımı aracı olarak daha da önem arz edecektir (Moriyama ve ark., 2021).

Bu araştırma hipertansiyon hastalarına hemşire tarafından uygulanan telefon ile izlemin ilaç uyumu, kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Kan Basıncı ve Hipertansiyon

Kanın damar duvarına dakika içerisinde oluşturmuş olduğu basınca kan basıncı yani tansiyon (HT) denilmektedir. Kan basıncı ikili sayı olarak ifade edilmektedir (Sağlam ve ark., 2008).

Sistolik kan basıncı üst basınç yani kalbin kasılmasını ifade ederken diyastolik yani alt basınç ise kalbin gevşemesini ifade etmektedir (AHA, 2017).

Hipertansiyon çok sık görülen, ciddi komplikasyon oluşuma neden olan kronik bir hastalıktır (Aşık ve ark., 2018). Organ yetmezlikleri gelişimine yol açmakta, inme gibi serebral hasarlar vermekte, yeti kayıpları oluşturmakta ve ölümlere sebebiyet vermektedir. Gerek sistemik gerekse ekonomik olarak oluşturduğu yüklerle global bir sorun halini almaktadır (Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, 2019).

Yetişkin bireylerde kan basıncının 120/80 mm/Hg'nin altında ölçülmesi normal kabul edilirken, sistolik kan basıncı değerinin 120-139 mm/Hg olması veya sistolik kan basıncının 80-89 mm/Hg olması veya her iki durumun birlikte görülmesi prehipertansiyon kabul edilmektedir. Sistolik kan basıncı seviyesinin >140 mm/Hg ve diastolik kan basıncı seviyesinin >90 mm/Hg ölçülmesi hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (ESC, 2018).

4.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

HT dünyada engellenebilir ölüm (mortalite) faktörleri içerisinde birinci sırada yer almaktadır. 2000 yılı verilerine göre dünyada yetişkin popülasyonun %26,4'sının hipertansiyon hastalığının mevcut olduğu ve 2025'te bu oranın %29,2'ye yükseleceği düşünülmektedir (Paten-T 2003). Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzuna göre yaş ile birlikte hipertansiyon prevalansının doğru orantılı yükseliş gösterdiği belirtilmektedir (ESC, 2013). Hipertansiyon erkeklerde %30, kadınlarda %36 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon kadınlarda erkeklere oranla yüksek görülmektedir (TKD, 2021).

Ülkemizde 18 yaş üstü hipertansif bireylerin oranına bakıldığında 80 yaşına kadar kadın nüfusta erkek nüfusa oranla daha yüksek tespit edilmiştir. Kırsal alanlarda

kentlere oranlar hipertansif kişilerin oranı yüksek olmakla birlikte anlamlı bir oran tespit edilmemiştir (Paten-T 2003). METSAR çalışmasının analizlerine göre tedavi ile kontrol altında bulunan hipertansif hastaların oranı %6 bulunmuştur. Diyabetli hastalarda ise kan basıncı değerinin 130/80 mm/Hg'nin altında bir değerde olması gerektiği baz alınınca oran daha da karamsar şekilde %1 olarak karşımıza çıkmaktadır (METSAR, 2004). Dünya nüfusunda 2015 yılında hipertansiyon tanısı alanların oranı son 40 yıl içerisinde %90 oranında yükseliş göstermiştir. Son verilere bakıldığında 2015 yılında hipertansif birey sayısı 1,13 milyar olmuştur (Zhou ve ark., 2016).

TEKHARF çalışması sonuçlarına göre KVS hastalıkları ve mortalitede kadın ve erkek yetişkinlerde en güçlü etken faktörün SKB olduğu sonucuna ulaşılmıştır. SKB' de 23 mm/Hg seviyesindeki bir artışın diyabeti bulunmayan yetişkin bireylerde mortalite ve KVS hastalıklarında %50 oranında artışa sebebiyet verdiği hesaplanmıştır. Bu sonuçlara nazaran ülkemizdeki hipertansiyonlu bireylerde kadınların %46,6'sının erkeklerin %38.5inin ilaç kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Onat ve ark., 2017).

4.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip kılavuzuna göre, hipertansiyon; kan basıncı seviyesi, hasarı ve etyolojisine göre gruplandırılarak sınıflandırılmaktadır (TKD, 2000)

4.3.1. Kan basıncı değerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Tablo 4.3.1.1. JNC-8 Kan Basıncı Sınıflandırması

KATEGORİ	SKB (mm/Hg)		DKB(mm/Hg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	<120-139	ya da	<80-89
Evre 1 HT	<140-159	ya da	<90-99
Evre 2 HT	≥160	ya da	≥100

JNC–8 kılavuzunda tedavi gerektiren kan basıncı sınırı 60 yaş altındaki grupta KBY, DM gibi hastalarda 140/90 mm/Hg, 60 yaşın üzerindeki grupta ise 150/90 mm/Hg’dir. Bu kılavuza göre ilaç tedavisine ek olarak yaşam tarzı değişiklikleri önerilmiştir (Bell ve ark., 2015).

Tablo 4.3.1.2. AHA/ACC Kan Basıncı Sınıflandırılması

KATEGORİ	SKB (mm/Hg)		DKB(mm/Hg)
Normal	<120	ve	<80
Yükselmiş	120-129	ve	<80
Evre 1 HT	130-139	ya da	80-89
Evre 2 HT	≥140	ya da	≥90

2017 yılında yayınlamış olduğu kılavuza göre Amerikan Kardiyoloji Derneği SKB’yi 130-139 mm/Hg ve DKB’yi 80-89 mm/Hg aralığında evre 1 kabul etmiştir. Diğer kılavuzlarda ise bu değer aralıkları normal-yüksek ya da prehipertansiyon kabul edilmiştir (AHA, 2017).

Tablo 4.3.1.3. ESC/ESH Kan Basıncı Sınıflandırması

Kan Basıncı Derecesi	Kan Basıncı Derecesi (mm/Hg)		
	Sistolik kan basıncı		Diastolik kan basıncı
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Yüksek- Normal	130-139	veya	85-89
Hipertansiyon			
HT evre 1	140-159	veya	90-99
HT evre 2	160-179	veya	100-109
HT evre 3	>180	veya	>110
İzole Sistolik HT	≥140		>90
İzole Sistolik HT (sınırdaki)	≥140-149		≥90

2018’de yayınlanan ESC/ESH kılavuzunda hipertansiyon tanımı, 2013 ‘te yayınlanmış kılavuza bakıldığında, SKB değerinin ≥ 140 mm/Hg olması veya DKB değerinin ≥ 90 mm/Hg olması ya da bu durumların her ikisinin birlikte gelişmesi kriteri olarak değişmemiştir. Tanı koymak için ofis kan basıncı ölçümleriyle ambulatuvar kan basıncı ölçüm (ofis dışı) yönteminin de tercih edilebilirliği kabul görmüştür (ESC, 2018).

4.3.2. Organ hasarına göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Hipertansiyonu sınıflandırırken kan basıncı seviyeleriyle birlikte organ tutulumu ve diğer risk faktörleri de analiz edilmelidir. A grubunda kan basıncı seviyesi fark etmeksizin klinik olarak kalp damar sistemi hastalığı, hedef organ hasarı ve başka risk unsurları bulunmamaktadır. B grubundaki hastalarda kalp- damar sistemi hastalıkları

ve hedef organ hasarı bulunmamaktadır ancak diyabet dışında bir ya da birden fazla risk faktörü mevcuttur. C grubundaki hastalarda kalp damar hastalıkları ve hedef organ tutulumu bulunmaktadır. Bu sınıflandırma tedaviye yaklaşım açısından önemlidir (TKD, 2000).

4.3.3. Etiyolojisine göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Hipertansiyon hastalarının %90'dan fazlası primer hipertansiyonlu iken geri kalan %5-10'luk kısımda ise sekonder hipertansiyon mevcuttur (Nandhini, 2014). Altta yatan herhangi bir sebep olmaksızın gelişen hipertansiyona primer hipertansiyon denilmektedir. Yapılan araştırmalar doğrultusunda primer hipertansiyonun etyolojisinin çevresel ve genetik sebepler olabileceği düşünülmüştür (Aşık ve ark., 2018).

Sekonder HT 30 yaş altı ve 60 yaş üstü ortaya çıkan hipertansif hastalarda düşünülmelidir ve yaşla doğru orantılıdır (Eryılmaz ve Akgüllü, 2016). Sekonder hipertansiyonda ise altta kan basıncını yükselten sebepler bulunmaktadır. Sekonder hipertansiyonun sebepleri tespit edilerek gerekli tedavi uygulanmalıdır (Kolcu ve Ergün, 2016).

4.4. Hipertansiyonun Belirtileri

Hipertansiyon başlangıç aşamasında belirti göstermez bu sebeple hastalık erken evrede fark edilmeyebilir (Menon ve Shukla, 2017).

Hipertansiyonda görülebilecek belirtiler hastalığın teşhisi ve tedavisi açısından önem arz etmektedir. Hipertansiyon belirtileri ise şunlardır; oksipital bölgede başlayan baş ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, çarpıntı, kulakta çınlama, bulantı, çift ya da bulanık görme, sık idrar, ödemli bacaklardır (Ünsal, 2013).

4.5. Hipertansiyonda Tanı

Hipertansiyonu tanılamak ve olası risk faktörlerini saptayabilmek, hastanın yaşam kalitesi ve olası morbidite ve mortalitenin önüne geçebilmek gerekmektedir. Hipertansiyonun etyolojisini saptayarak gerekli müdahalede bulunabilmek önemlidir.

Herhangi bir organ harabiyeti olup olmadığını değerlendirmek ve kardiyovasküler risk gelişme durumunu incelemek gerekmektedir (Zipes ve ark., 2008).

4.6. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

4.6.1. Hipertansiyonda kontrol edilebilen risk faktörleri

Diyette tuzun fazla miktarda tüketimi hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların risk düzeyini artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) günlük sodyum kullanımını 2 gr olarak önermektedir. Tuz tüketimi miktarının fazla olmasının yanı sıra sebze ve meyve tüketiminin günlük porsiyon miktarının altında olması ve yağlı beslenme, alkol tüketimine dikkat edilmemesi gibi beslenmeye ilişkin faktörle kan basıncını yükseltmektedir (WHO, 2014).

Egzersiz insan vücudu ve duruşunu düzelter, dengenin artırılmasında ve kas gelişiminde, kilo vermede etkilidir. Kronik hastalıklardan korunmada ve tedavi sürecinde yaşam kalitesini artıran bir etkisi bulunmaktadır. Aynı zamanda hastaları psikolojik olarak iyileştirmektedir (Anar 2003; Cindaş 2001). Kan basıncı düzenli yapılan egzersizle birlikte düşmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda düzenli egzersizin ortalama kan basıncını 10 mm/Hg kadar düşürdüğü görülmüştür (Sağlam ve ark., 2008).

Obezite hipertansiyonun önemli bir risk faktörüdür. Beden kitle indeksi (BKİ) 27 kg/m² üzerindeki bireylerin hipertansiyon oluşma riski normal BKİ sınırları içerisinde bulunan bireylerden 3 kat fazla görülmüştür. Bel ve kalça bölgelerindeki yağlanmalarla hipertansiyon arasında doğrudan ilişki bulunmaktadır (Samur ve Yıldız, 2008).

Stres sempatik sinir sistemini uyararak kan basıncının yükselmesine sebebiyet vermektedir. Stres tansiyonu ani şekilde yükseltebilir. Stres geliştiğinde renin anjiyotensin sisteminde hareketlilikle birlikte damarda vazodilatasyon gerçekleşmemesi sonucu kan basıncı yükselir.

Sigara kullanımı DSÖ'ye göre dünyada 18 yaşının üstündeki 10 yetiştikenden 6'sının sigara ve tütün mamulleri kullandığı ve her 10 ölüden 1'inin sigara

kullanımıyla ilişkilidir (DSÖ, 2017). Türkiye’de yapılan bir çalışmada 15 yaş ve üzerindeki bireylerin sigara kullanım oranı %27,1 olduğu görülmüştür (TUİK, 2017). Sigara kullanımı kalp-damar hastalıkları ve hipertansiyon açısından risklidir. Nikotin semptomatik etkiler oluşturarak kalp hızında ve kan basıncında yükselmeye sebep olacağı saptanmıştır (Pankova ve ark., 2015). Sigara MI riskini 2,5 kat yükseltmektedir (Öngen, 2005). Antihipertansif ilaç tedavisinin başarısını sağlamada etkili bir faktör olan sigaradan vazgeçmek, ilaç tedavisine karşı gelişen direncin azaltılması ve kardiyovasküler hastalık risklerinin indirgenerek azaltılması gerekir (Ekim, 2018).

4.6.2. Hipertansiyonda kontrol edilemeyen risk faktörleri

Genetik faktörler ailede HT görülmesi ve genetik etkenler hipertansiyon gelişmesini etkileyen faktörler arasında yadsınamaz bir öneme sahiptir (Şahin ve ark., 2018). Yapılan araştırmalar neticesinde genetik yapının hipertansiyon oluşumunda %30-60 oranında etkisi olduğu sonucu elde edilmiştir (Jones ve ark., 2017). Bazı genlerde mutasyon oluşmasıyla birlikte ilaç kullanan hipertansiyon hastalarında tedaviye yanıt oluşumu etkilenebilmektedir (Keleş, 2013).

Yaş faktörü hipertansiyon gelişiminde oldukça etkilidir. 18 yaş üzeri bireylerde hipertansiyon görülme oranı kadınlarda %33, erkeklerde %27 olarak bulunmuştur ve 40 yaş üzeri popülasyonda hipertansiyon %43,5 oranında bulunmuştur (Dağ ve Karaman, 2019).

Cinsiyetler incelendiğinde TEKHARF çalışması ülkemizde yapılan en kapsamlı araştırma çalışmalarından biri olmakla birlikte çalışma sonuçlarına göre hipertansiyon, yetişkin erkeklerde %37,7 kadınlarda ise %46,3 olarak saptanmıştır (TEKHARF, 2017).

4.7. Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyon yetişkin gruplarda önemli bir mortalite sebebidir. Yetişkin yaş grubundaki bireylerde kardiyovasküler sistem hastalıkları, rena-vasküler hastalıklar ve nörolojik, serebro-vasküler hastalıklara neden olarak önemli oranda morbiditeye sebebiyet vermektedir. Hastaların yaşam kalitesine harabiyet verecek ciddi komplikasyonların oluşuma neden olmaktadır (Park ve ark., 2012).

Hipertansiyon ayrıca felç, kalp yetmezliği, miyokart enfarktüsü ve diğer kardiyovasküler sistem hastalıklarına neden olmaktadır. Beyinde ciddi fonksiyonel ve yapısal hasara sebep olarak bilişsel bozulmaya neden olduğu ve bunamaya yol açtığı bilinmektedir. Bilişsel bozuklukların, üretkenliği sürdürmede eksiklik oluşturup zihinsel yeteneği azaltarak sosyal ve ekonomik problemlere yol açmaktadır (Rêgo ve ark., 2019).

4.8. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Risk

Son 10 yıl içerisinde hazırlanmış hipertansiyon kılavuzlarına göre öncelikli hedef olarak KVS olayların gelişiminin önlenmesine odaklanılmıştır. Bununla birlikte hipertansif hastalarda KVS hastalıkları açısından değerlendirilmesi gerekliliği bulunmaktadır. Çünkü yalnızca HT olup KVS hastalıklar açısından risk bulunmayan hasta sayısı çok düşük seviyelerdedir. Hastalarda HT ile birlikte risk faktörlerinin eklenmesi KVS hastalıklarına sebebiyet vermektedir. Hastaların ek olarak KAH ve/veya DM olması KVS hastalıkları bakımından yüksek risk oluşturmaktadır. Hastaların KVS hastalıklarından korunmaları tedavilerinin düzenlenmesi için bu risk faktörlerinin kontrolde tutulması gereklidir (Aşık ve ark., 2018).

4.9. Hipertansiyonun Tedavisi

4.9.1 Farmakolojik tedavileri

Diüretikler: Diüretiklerin mekanizması kandaki sodyumun idrarla atılmasını sağlayıp, kan volümünü azaltmaktır. Diüretikler iki türden oluşur. Potasyum tutucu diüretikler ve tiyazidler (kıvrım diüretikleri) olarak sınıflandırılıp isimlendirilmişlerdir (Keleş, 2013). Tiyazid diüretikler, maliyeti düşük, efektif işlevi ile birlikte güvenilir

olmaları açısından hipertansiyonun sürekli devam eden tedavisinde kullanılabilir. Diüretikler, hipertansiyon tedavisinde ilk tercih edilip kullanılan gruptur. HT için genellikle üç ve dördü grup ilaçlardan faydalanılmaktadır, bu gibi durumlarda ilaçlardan birinin diüretik olması gerekmektedir (Gürel ve ark., 2013; Şendur ve Güven, 2011).

Beta Blakörler: Güncel bazı klinik araştırma sonuçlarına göre diğer ilaç gruplarından işlevsellik açısından geride kalabilirler. Özellikle mortalite ve KVC açısından KA tercih edilirken, inme için KA ve RAS blokörleri tercih edilmektedir. Koroner kalp hastalığı için ise diüretikler, KA, RAS blokörleri eşit bir düzeyde etki göstermektedir. Bununla birlikte birçok kombine tedavide beta blökörler eşlik etmektedir (Wiyonge ve ark., 2012; Bradley ve ark., 2006).

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Miyokard hücrelerine ve damar kaslarına Ca^{+2} girişini önleyerek kasılma ve gevşeme ilişkisini etkileyerek vazodilatasyona sebep olmaktadır. Bunun sonucunda damar direnci azalmaktadır (Weber ve ark., 2014).

ACEİ- Anjiotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri: Venlerde dilatasyon geliştirip kanın periferdeki damarlarda göllenmesine neden olup sağ artiyum ve pulmoner arterde oluşan basıncı düşürerek pulmoner basıncı ve yüklenmeyi azaltır, arterde gelişmiş olan basıncı düşürmek için vazodilatasyon yapar ve periferde oluşan direnci azaltarak kalp debisini artırır. Düzenli kullanımda ventriküler hipertrofi azalır ve kan basıncı kontrolde tutulur (Zungur, 2004).

Alfa Adrenerjik Reseptör Blokerleri: Periferik damarlarda gelişen direncini düşürmektedirler. Diüretik tedavisi ile birlikte kullanılmaktadır. Tek başına kullanımı uygun değildir. Ortastatik hipotansiyona neden olabilmektedir. Kandaki sıvıyı hücrelere geçirip hücrelerde sıvı retansiyonuna sebep olmaktadır (Badır, 2014).

4.9.2. Non-farmakolojik tedavileri

İlaç tedavisiyle birlikte ya da başlamadan önceki süreçte tuz tüketimi kısıtlanması, sigaranın bırakılması, alkol kullanımının azaltılması, kilo verilmesi, düşük ritimli zorlamayan egzersizler yapılması, stresi azaltma ve günlük diyetle sebze meyve alımını artırma gibi yaşam biçimini düzenleyen uygulamaları içermektedir. HT

gelişmesini engellemek ve hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını kontrol altında tutmak için BKİ'nin 18,5 ile 24,9 kg/m² aralığında bulunması gerekir (Cifu ve Davis, 2017).

Geçen yüzyıl boyunca tuz, kan basıncının artması ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilendirilerek bilimsel araştırmalarda yoğun olarak yer almıştır. Diyetteki tuz kullanımının orta seviyede azaltılması genel olarak kan basıncını düşürmede etkili bir önlem sayılır. Diyetle alınan tuz miktarı 9-12 g/gün iken önerilen seviyeye yani günde 5-6 g'ın altına düşürülmesi, kardiyovasküler sağlık için yararlı etkiler sağlamakla birlikte dünya genelinde sağlık maliyetlerinde önemli derecede tasarruflar sağlayacağı düşünülmektedir (Ha, 2014). Diyetle yüksek miktarda tuz tüketmek KB'yi yükseltmektedir ve KVC hastalıklarının riskini artırmaktadır. Günlük diyetle 2-5 gram tuz kullanımı bu riskleri azaltmaktadır. Yüksek oranda tuz tüketilen bir diyet tüketmek tansiyon artışına katkıda bulunur. Küresel boyutta tuz tüketimi 2025 yılına kadar %30 oranda azaltmak için strateji planları belirlenmiştir (DSÖ, 2018).

Ülkemizde 2010 yılında yapılan SALTürk-1 çalışmasında bireylerin günlük 18 gram tuz tüketiminin olduğu, SALTürk-2 çalışmasında ise günlük 14 gram tuz tüketimiyle tuz tüketim miktarını azalttığı ortaya konulmuştur (Erdem ve ark., 2017).

Yapılan araştırmalara göre, egzersiz ve kardiyovasküler risk arasında doğrudan ilişki mevcuttur. Küresel Sağlık Örgütleri, egzersiz ve fiziksel aktivitenin, kronik hastalıklardan korunma ve tedavide etkili bir unsur olduğunu kabul etmişlerdir (King, 2018). Hipertansiyon için düzenli olarak fiziksel aktivite uygulanması ilaç kullanımında dozu azaltabilir. Düzenli olarak uygulanan egzersiz, kan basıncını 10 mm/Hg kadar düşürebilmektedir ve bu düşüş oranı antihipertansif ilaçlar kullanılarak oluşturulan etki ile benzerdir (Ilgaz ve Özer, 2017).

Egzersiz hipertansiyonun önlenmesi ve kan basıncının kontrolü KVC hastalıkları riskinin azaltılması ve mortalitenin önlenmesi için etkilidir. Haftada en az 3 ile 5 gün arasında yürüme, bisiklet sürme, aerobik gibi fazla efor sarf ettirmeyen orta dereceli egzersizler önerilmektedir (Leung ve ark., 2017). Bir çalışma sonucuna göre HT'li hastalara uygulanan egzersiz programının kan basıncına olumlu etki ettiği ve

oksidatif stresi azaltan teröpatik bir yöntem olduğu ortaya konulmuştur (Ruangthai ve Phoemsapthawee, 2019).

Obezitenin artışı, dünya genelindeki bireylerin çoğunluğunu kademeli olarak etkilemekle birlikte birçok metabolik ve kardiyovasküler hastalığa yol açmaktadır. Bunların arasında giderek artan daha fazla görülen ise obezite hipertansiyonudur (Cohen, 2017). Kan basıncının yükselmesinde fazla kilolu olmak etken olsa da tüm obez hastaların hipertansif olduğu düşünülemez. Maskeli hipertansiyon görülme sıklığı obez hastalarda daha yüksektir ve BKİ hipertansiyon oluşumunda önemli rol alan bir unsurdur (Kotsis ve Grassi, 2016). Yaşam tarzı değişiklikleri kan basıncını düzenleyebilse de, hastalar sürekli olarak kilo kaybı sağlamada genellikle başarısız olmaktadır (Cohen, 2017). Bu sebepler doğrultusunda hastalara diyet ve kilo kontrolü için destek verilmelidir (Arıcı ve ark., 2015). Hipertansiyonda kilo verimiyle birlikte ilaç dozu ve miktarı azalabilmektedir. (Öksüz, 2004). Yapılan bir araştırma çalışmasının sonuçlarına göre obezite ve prevelansı yüksek görülmüş ve hipertansiyonun obeziteyle bağlantılı bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akram ve ark., 2021).

Sigara sempatik sinir sistemin etki ederek damarlardaki kan basıncında yükselişe ve taşikardiye neden olmaktadır (ESC., 2013). Oksidatif stres oluşturarak kan basıncını etkiler. Yapılan bir çalışma sonucuna göre sigara kullanımı mitokandriyal fonksiyonu değiştirip oksidatif stresi tetikler ve hipertansiyon oluşumunu destekler. İlaç tedavisine direnç oluşturması nedeniyle sigarayı bırakmak da tedavinin bir parçasıdır (Dikolav ve ark., 2019).

Alkol ve kan basıncı arasında bir ilişki olduğu çalışmalar sonucunda ortaya konulmuştur (Unger ve ark., 2020). Yetişkin bireylerde alkol kullanımının azaltılması ile sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncında önemli düzeyde düşüş olduğu görülmüştür. Ölçülü tüketilen alkol KB'ye olumsuz etki göstermezken fazla tüketilen alkol SKB ve DKB düzeyini artırmaktadır (Welton ve ark., 2017).

Hipertansiyonun farmakolojik olmayan girişimlere dayalı olarak tedavi edilebilmesi için farmakolojik olmayan tedavisinde beslenme alışkanlıklarını düzenleme, haftada birkaç defa fiziksel aktivite, beden kitle indeksini normal

düeylerde tutma, alkol ve sigaranın kesilmesi, diyetle sodyum tüketiminin azaltılması stres yönetimi yararlı olabilir (Verma, 2021).

4.10. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyum ve Etkileyen Faktörler

Kronik hastalıklarla mücadele başarısında, tedavi uyumunun en önemli engel olduğu bilinmektedir (Keçik, 2021). Kronik hastalıklar tedavi açısından süreklilik gerektirmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların birçoğunda tedaviye uyumsuzluk çok sık karşılaşılan bir problemdir. Bu uyum problemi hasta harcamaları ve hastane maliyetlerinde artış oluşturmakla birlikte morbidite ve mortaliteye sebebiyet vermektedir (Oğuzülgen ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıklarda uzun dönem için tedaviye uyumu “bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanının önerilerine uyumu” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2003).

Hipertansiyonla bağlantılı morbitide ve mortalitenin en ağır yükünü, kaynakları sınırlı, hipertansiyonu önleme (hipertansiyondan korunma) ve kontrol ve hastalık yönetiminin yetersiz olduğu gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler yaşamaktadır. (Lamagoum, 2014).

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu yaşam kalitelerini sürdürme ve komplikasyonları önlemek ve hastalığın etkilerini en aza indirmek için son derece önemlidir. Hastaların yarısı ilaç tedavilerine devam etmemekte %10'u ise günlük ilaç kullanımını unutmakta ve aksatmaktadır (Aşık ve ark., 2019). Dünyada HT hastalarının yarısı hastalıklarının farkında ve farkında olan kısmın yarısı ilaç tedavisi kullanmakta ve ilaç tedavisi alanların da yarısı tansiyonunu kontrollü seviyelerde tutabilmektedir. Hipertansiyon yönetiminde başarı sağlamak için hastalar bilinçlendirilmeli, desteklenmeli ve tedaviye uyumları sağlanmalıdır (Hacıhasanoğlu, 2009). Bir çalışmada hastaların şikâyetleri azaldığında ilaçlarını kullanmayı bıraktıklarının oranı %36,2, ilaçları içmeyi unutanların oranı %50, ilaçların kullanım zamanlarını şaşırانların oranı %33 olarak tespit edilmiştir (Tokem ve ark., 2013).

4.11. Hipertansiyon Hastalarında Verilen Hemşirelik İzlemin Önemi

“Bir hastalığın toplumdaki epidemiyolojisi, mortalite ve morbitide oranı o hastalığın önemini gösterir” (Hacıhasanoğlu, 2009). Hemşirelik eğitimi bireyin hastalık sürecine ve durumuna özel olarak tedavisi desteklenerek ve olumlu sağlık davranışları kazandırılarak yapılır. Hemşire eğitimi formal yani hasta için gerekli materyallerle ve metot geliştirilerek planlanmış şekilde veya informal olarak olağan süreç halinde anlık bilgi paylaşımları ve yönlendirmelerle planlanmamış olarak yapılabilir (Öztürk ve ark., 2011).

Eğitimin amacı tedaviye uyumun artırılması, hastalık maliyetlerinin azalması, hastalığa bağlı komplikasyon ve ölümlerin engellenmesi, yaşam kalitesinin artması, hastalık yönetiminde doğru bilgilerle söz ve karar sahibi olabilmeleri için hasta eğitimi son derece önemlidir. (Öztürk ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada verilen hemşirelik eğitiminin yaşam biçimi davranışlarını pozitif yönde artırdığı ve hastalık yönetimi bilinci kazandırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Çakır, 2013). Hipertansiyon hastaların tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmesi, sık sık bu programların gerçekleştirilmesi gerekmektedir ve sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin eğitilerek desteklenmesi sağlanmalıdır (Erci ve ark., 2018).

4.12. Hemşirelikte Telefonla İzlemin Önemi

Teknolojinin gelişimiyle birlikte telefon kullanımının artması ve hemşirelik ya da başka meslekler için bireylerle kurulan iletişim açısından rahatlık sağlamıştır. Hemşirelerin toplum sağlığı adına sağlıklı bireylere koruma hizmeti vermede, hasta bireylere ve ailelerine ise danışmanlık hizmeti verebilme imkanları artmıştır. Hastalara ulaşım kolay, maliyeti düşüktür. Hemşire için kan basıncını kontrolde tutmak temel amaçtır (Erciyes ve Çınar, 2014). Kronik hastalıklarının izlemi, tedavisi ve eğitimi açısından bir alan yaratmıştır. Ülkemiz için hemşirelik hizmetlerinde telefon kullanımı uygun bir yöntemdir (Hindistan ve Çilingir, 2012).

Bir tamamlayıcı olarak E-Sağlığın olası gelişi halkın ihtiyaçlarını iyileştirmek için modern tıpta sağlık profesyonellerine kolaylık sağlamaktadır. Telefonla verilen hemşirelik uygulamaları arteriyel kan basıncını düşürmede etkili olmakla birlikte

hastaların antropometrik ölçümlerinde de olumlu sonuçlar oluşturmaktadır (Mohsen ve ark., 2020).

Farklı ülkelerdeki uygulamalar göz önüne alındığında telefon ile izlemin, güçlü kanıtlara dayalı sonuçları ve faydaları ile gelişmeye devam ettiği doğrulanabilir. Ülkelerin coğrafi koşullar dolayısıyla, sağlık hizmetleri sağlamalarına, hastalara ulaşmalarına fayda sağlayan etkili bir araç olduğu birçok çalışmayla kanıtlanmıştır. (Souza ve ark., 2016).

Yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre Tele-hemşirelik uygulamasının, prehipertansiyonu olan hastalarda KB'yi normal aralıkta tutmak ve BKİ'yi azaltmak için potansiyel faydalara sahip olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Gandomani ve ark., 2021). Japonya'da yapılan bir çalışmada, toplumun yaşlanmasıyla birlikte, kronik hasta hastalar için sürekli hemşirelik bakımının önemine vurgu yapılmıştır. Tele-hemşirelik uygulamasının gelecekte hemşirelik bakımı aracı olarak daha da önem arz edecektir (Moriyama ve ark., 2021).

5. MATERİYAL VE METOD

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin ilaç uyumu, kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Hipotezleri

H1: Hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin ilaç uyumuna etkisi vardır.

H2: Hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin kan basıncı düzeyine etkisi vardır.

H3: Hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine etkisi vardır.

5.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri; ilaç uyumu, kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyidir. Bağımsız değişkeni ise; müdahale grubuna uygulanan telefonla uygulanan hemşirelik izlemidir.

5.4. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma 10 Nisan 2021 -20 Kasım 2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olan ve İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezinde yapıldı. Kurumda sadece ayaktan tedavi hizmetleri uygulanmaktadır. Herhangi bir hizmet için aile sağlığı merkezine başvuran hastalar randevu alarak ya da kayıt girişi yaparak bağlı olduğu aile hekimine yönlendirilmektedir. Verilen hizmetler arasında: muayene, düzenli kullanılan ilaçların reçete edilmesi, laboratuvar da kan testleri uygulanması, aile planlaması hizmetleri, gebe takibi, bebek takibi, aşılama, acil müdahale, enjeksiyon, pansuman vb. hizmetler yer almaktadır. Hafta içi her gün 08.00-

17.00 arasında hizmet vermekte olan kurumda 10 hekim, 10 hemşire, 6 yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Günlük yaklaşık olarak 500 kişi karşılanmaktadır.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.5.1. Evren

Araştırmanın evrenini 10 Nisan 2021-20 Kasım 2021 arasında İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon tanısı ile tedavi-izlemi devam eden ve antihipertansif ilaç tedavisi kullanan hastalar oluşturdu.

5.5.2. Örneklem

Çalışmanın örneklemi 10 Nisan 2021-20 Kasım 2021 arasında İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon tanısı ile tedavi-izlemi devam eden ve antihipertansif ilaç tedavisi kullanan hastalardan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler oluşturdu.

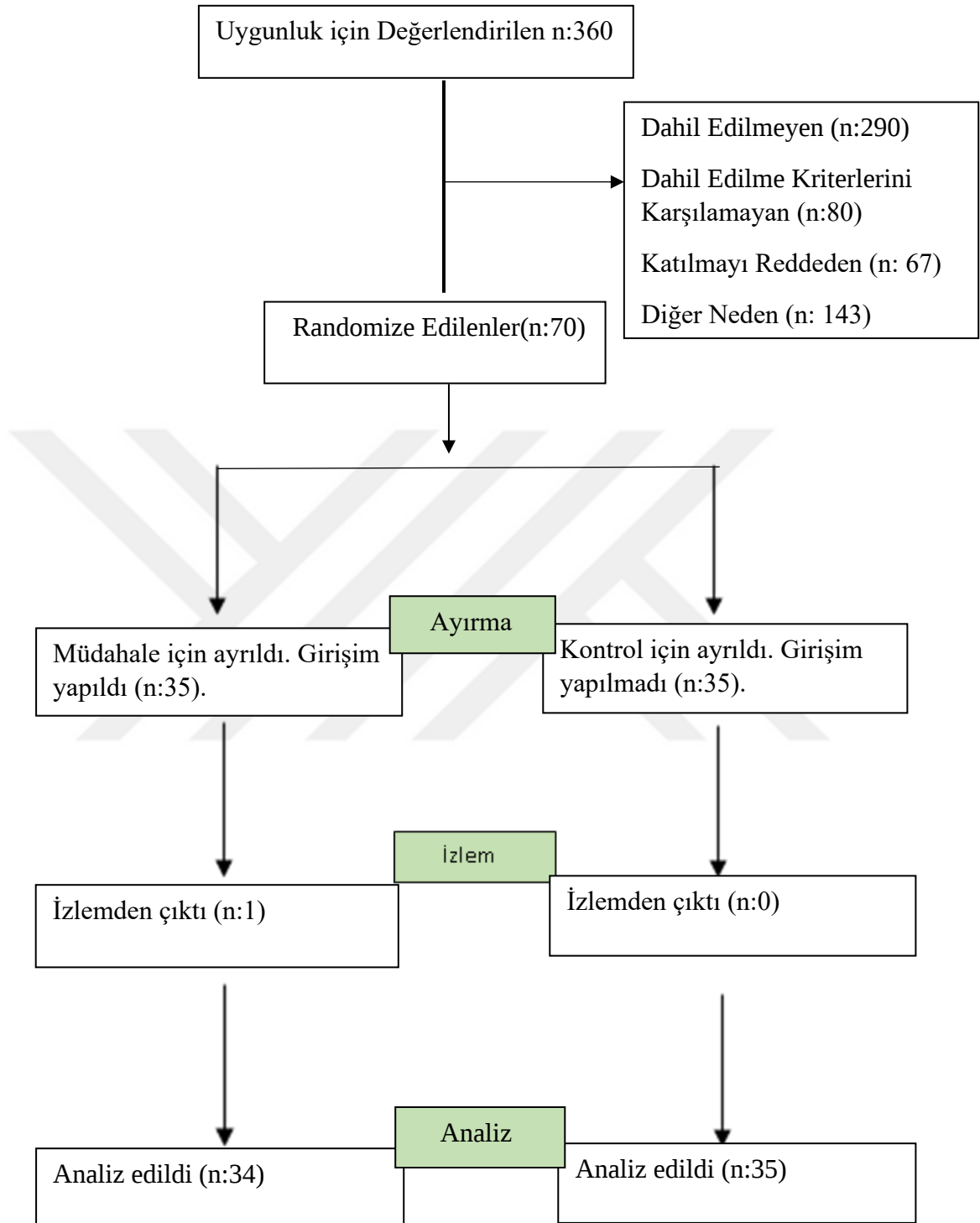
Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Özpancar (2013) tarafından yapılan araştırmada ilaç uyumu değişimine ilişkin etki büyüklüğü (Effect size) 0,822 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,822 etki büyüklüğünde gruplarda 18 kişi olmak üzere toplam 36 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=17; t=1,740). Ancak post power testin gücünün olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak gruplarda 35'er kişi olmak üzere toplam 70 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezine 10 Nisan 2021-20 Kasım 2021 arasında başvuran 360 hipertansiyon hastası araştırmaya dahil edilme kriterleri açısından değerlendirildi ve 80 kişinin dahil edilme kriterlerini karşılamaması, 67 kişinin ise araştırmaya katılmayı reddetmesi ve 143 kişinin katılmaya gönüllü ancak koşullarının uygun olmaması (pandemi döneminde görüşmeye gelmek istememek, pandemiye bağlı karantina sürecinde olmak, uzun süreli tatili olmak, şehir dışı çıkışı

bulunmak) gibi diğ er nedenlere bağlı olarak çalışmaya dahil edilecek 70 hastaya ulaşıldı.  n test uygulanırken görüşmeler yüz yüze yapıldı. Bu sayıdan da çalışmaya dahil edilecek 35 müdahale grubundaki bir hasta taşınma nedeniyle çalışmadan ayrıldı. Çalışma müdahale gurubu 34 kişi ve kontrol grubu 35 olmak üzere toplam 69 hasta ile tamamlandı. Araştırmacı tarafından oluşturulan akış şeması, Konsolide Raporlama Denemeleri Standartları (CONSORT) kontrol listesine dayanmaktadır (şekil 5.1).



Şekil 5.1. Consort 2010 Akış Şeması



5.6. Araştırmada Randomizasyonun Sağlanması

Hastalar müdahale ve kontrol grubu olarak rastlantısal seçilmiştir. Araştırmaya dahil olan hastaların hangi grupta yer alacağı www.calculatorsoup.com web sitesi üzerinden basit randomizasyon yöntemiyle belirlenmiş olup Tablo 5.5.1’de gösterilmiştir. Oluşan sayı dizisine göre müdahale grubu; (24, 50, 9, 15, 3, 29, 40, 59, 49, 17, 23, 65, 6, 66, 13, 69, 70, 61, 4, 19, 63, 48, 43, 26, 37, 28, 34, 18, 39, 2, 14, 47, 42, 35, 58) kontrol grubu: (12, 30, 7, 56, 60, 10, 62, 55, 67, 21, 11, 68, 45, 36, 25, 33, 53, 8, 44, 1, 46, 38, 16, 57, 5, 27, 31, 20, 41, 22, 52, 32, 64, 51, 54) olarak belirlenmiştir. Belirlenen sayılar hastaların çalışmaya dahil edilme sırasında müdahale ya da kontrol grubuna atanmasını sağlamıştır.

Tablo 5.6.1. Randomizasyon oluşum tablosu

Hasta Sıralaması	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Grup	K	M	M	M	K	M	K	K	M	K	K	K	M	M
Hasta Sıralaması	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Grup	M	K	M	M	M	K	K	K	M	M	K	M	K	M
Hasta Sıralaması	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Grup	M	K	K	K	K	M	M	K	M	K	M	M	K	M
Hasta Sıralaması	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
Grup	M	K	K	K	M	M	M	M	K	K	K	K	K	K
Hasta Sıralaması	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
Grup	K	M	M	K	M	K	M	K	M	M	K	K	M	M

*Not: M: Müdahale Grubu K: Kontrol Grubu

5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaş ve üzeri,
- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı olan,
- Antihipertansif ilaç kullanmakta olan,
- Yer ve zaman oryantasyonu olan,
- Türkçe iletişim kurabilen,

5.8. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Cep telefonu bulunmaması
- İletişim engeli bulunması

5.9. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada kullanılan veri toplama aracı, Hasta Tanılama Formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Kan Basıncı Takip Çizelgesi olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır.

5.9.1. Hasta tanılama formu (Ek-1)

Bu formda yaş, boy, kilo, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, çalışma statüsü, sosyal güvencesi, hipertansiyon tanı süresi, başka hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanım durumu, tansiyon ölçme sıklığı, hipertansiyona ilişkin belirti varlığı, hipertansiyona ilişkin belirtiler gibi durumları sorgulayan 16 soru yer almaktadır. Form ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Kurt 2020, Sevinen, 2019, Koruk, 2019, Çakır, 2013, Özpancar, 2013).

5.9.2. Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu (Ek-2)

Bu ölçek Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirmiştir. Fernandez ve arkadaşları 2008 yılında tekrar düzenlemiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini 2012 yılında yapanlar Hacıhasanoğlu ve arkadaşları olmuştur. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı hipertansiyon tanısı almış hasta bireylerin ilaç tedavilerine sağladıkları uyumu ve öz-etkililik/güven düzeylerini değerlendirmektir. Ölçek her soruda 1-4 arasında yapılan puanlamalarla değerlendirilerek hesaplanmaktadır. Alınabilecek genel toplam puan en düşük 13, alınabilecek en yüksek puan toplam 52'dir. Ölçek puanındaki artış, bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumlarının pozitif yönde arttığını göstermektedir. Ölçeğe ait Cronbach Alpha katsayısı ise 0.93' dür (Hacıhasanoğlu, Gözüm ve Çapık 2012; Teke ve Arslan 2018; Akkuş ve Altay 2012). Bu araştırmada ilaç uyumu ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,854 bulunmuştur.

5.9.3. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (Karrif-bd) (Ek 7)

Ölçek, hastaların kardiyovasküler risk bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Arıkan ve arkadaşları tarafından 2009 yılında tasarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 28 maddelik sorulardan oluşmaktadır. Her doğru için 1 puan verilmektedir. İlk dört madde kardiyovasküler sistem hastalıklarının özelliklerini, sonraki 15 madde kardiyovasküler sistem risk faktörlerini, kalan dokuz madde ise kardiyovasküler risk davranışlarında geliştirilecek değişime yönelik sorulardan oluşmuştur. Belirtilen ifadelerin seçenekleri “Doğru”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde üç seçenekten birisi şeklinde işaretlemeleri istenilmiştir. Soruların yirmi iki tanesinin cevabı “Evet” olarak kodlanmıştır (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,13,14,15,18,19,20,21,22,23,25,27,28). Sorulardan altısının cevabı “Hayır” olarak kodlanmıştır (11,12,16,17,24,26). Arıkan ve arkadaşları tarafından ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronhbach's alpha değeri 0,768 (Arıkan 2009). Bu araştırmada ise Cronbach's alpha değeri 0,775 olarak belirlenmiştir.

5.9.4. Telefon izlem planı formu (EK-4)

Telefon ile izlem planı formu müdahale grubundaki hastaların izlem sürecinin sağlıklı yönetilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form hastalarla yapılan telefon izlemde, ad soyad, iletişim numarası, görüşme yapılan tarih ve saat bilgilerini, görüşme konu başlıklarını (kan basıncı kontrolü ve takibi, kontrol dışı kan basıncı yüksekliğinde yapılması gerekenler, ilaçların düzenli kullanımının önemi, hipertansiyonda beslenme ve kilo kontrolünün önemi, hipertansiyonda hareket ve egzersizin önemi, hipertansiyonda sigara ve alkol tüketiminin kan basıncına etkisi, hipertansiyonda stres yönetiminin önemi) ve aşamalarını içermektedir. Hazırlanan bu form yalnızca müdahale grubundaki hastalar için doldurulmuştur.

5.9.5. Hasta Memnuniyet Anketi

Hasta memnuniyet anketi, hastaların çalışmadan ne derece memnun olduklarını ve kullanılan aracın hastada oluşturduğu memnuniyet düzeyini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. İki sorudan oluşmaktadır. Hastalardan derecelendirme yaparken 0 ile 10 arasında puan vermeleri istenmiştir. Puanlamada sıfır (0) en düşük memnuniyet düzeyini, 10 ise en yüksek memnuniyet düzeyini ifade etmektedir (Ek 11).

5.10. Veri Toplama Yöntemi

Veriler etik kurul ve kurum izni elde edildikten sonra, araştırmacı tarafından katılımcılar bilgilendirilerek, sözel ve yazılı onamları alınarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Veri toplama süresi her bir katılımcı için yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

5.11. Uygulama

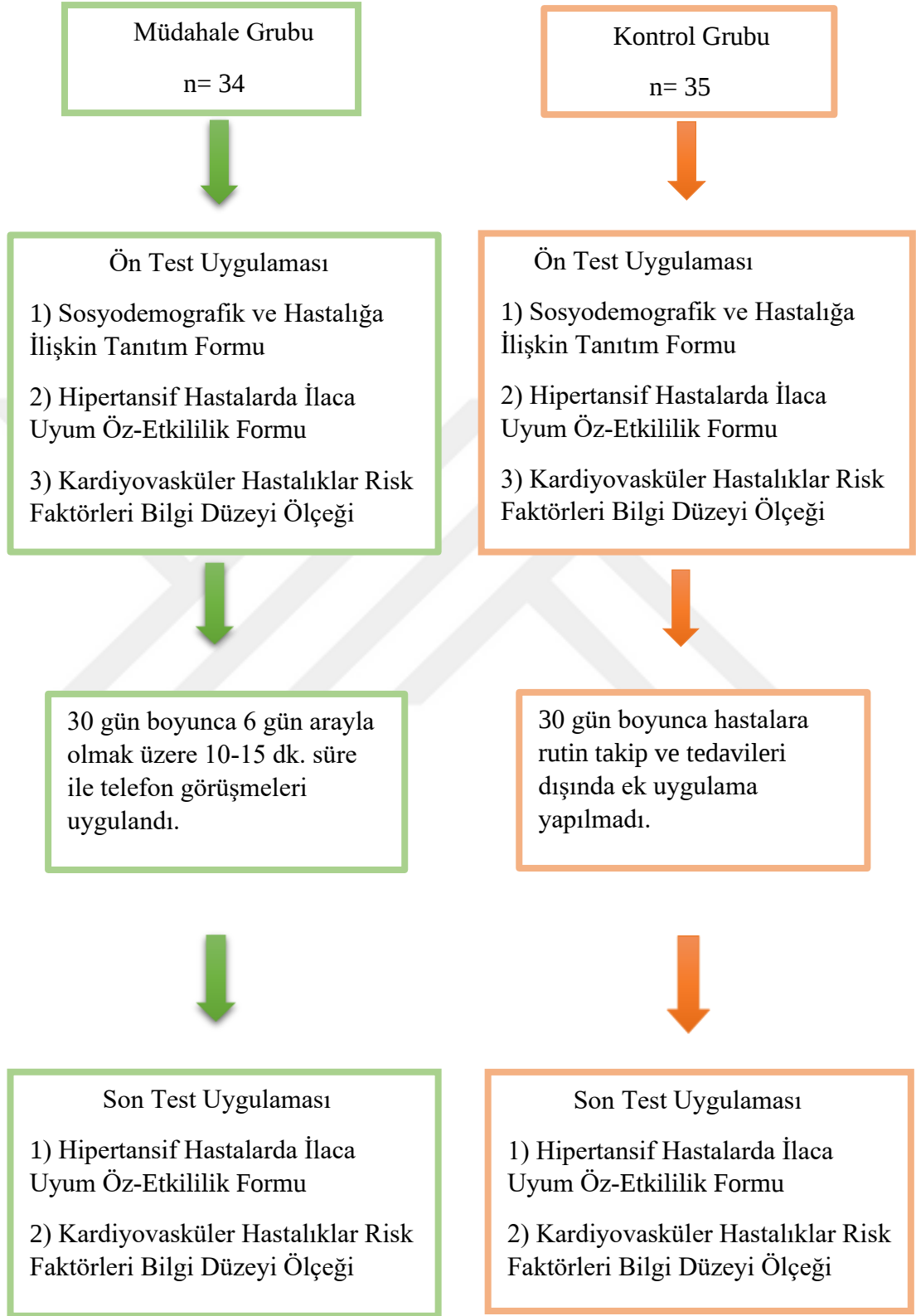
5.11.1. Hipertansiyonlu hastalara yönelik bilgilendirme içeriği uzman görüşlerinin alınması

Hipertansif hastalarda telefon ile izlemin ilaç uyumuna, kan basıncına ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine etkisi isimli çalışmada, araştırmacı tarafından hazırlanan ve izlemlerde verilen eğitimin içeriği beş uzmanın

görüşüne sunuldu (Ek-6). Uzmanlardan kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanması için Davis tekniği doğrultusunda değerlendirmeleri istendi (Ek-6). Davis tekniğinde “(a) tamamen uygun, (b) uygun, (c) kısmen uygun, (d) uygun değil” olmak üzere dört kategoride derecelendirilmektedir. Davis tekniğinde, her bir madde için a b seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının, madde için görüş veren toplam uzman sayısına bölünmesi ile hesaplanan kapsam geçerlik indekslerinin 0.80’in üzerinde olması beklenmektedir (Davis, 1992). Bu çalışmada, uzman görüşleri elde edildikten sonra kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplandı ve KGİ değeri 1 olarak bulundu.



5.11.2.Araştırmanın Uygulanması



Şekil 5.11.2.Araştırmanın Uygulanması

5.11.3. Müdahale grubu uygulaması

Müdahale grubunda olan hastalar telefonla aranarak gerekli açıklama yapıp aile sağlığı merkezine davet edildi. Aile sağlığı merkezinde yüz yüze araştırmacı tarafından çalışmaya dair bilgiler verilip önce sözel onam ardından yazılı onam alındıktan sonra Hasta tanılama formu ile ölçekler uygulanarak ilk görüşmede ön testler gerçekleştirildi. Ardından altı gün aralıklarla (6. 12. 18. ve 24. ve 30. gün) beş kere olmak üzere hastalar araştırmacı tarafından telefon ile arandı. Telefon ile izlem hastaların müsait olduğu saatlerde gerçekleştirildi. Yapılan telefon görüşmelerinde hastalara tansiyon, tansiyon ölçümü, ilaç kullanımının önemi, tansiyon ve sağlıklı yaşam davranışları eğitimi verildi. Hastaların soruları cevaplandı. İçerik, hastaların hipertansiyonun zararlarını tanıması, ilaç kullanımının önemini kavraması, kontrol dışı kan basıncı yüksekliğinde yapılması gerekenler düzenli kan basıncı kontrolü yapabilmesi, hipertansiyonda beslenme ve kilo kontrolü, hipertansiyonda hareket ve egzersiz, sigara-alkol ve stresin kan basıncına etkisi, hipertansiyonda stres yönetiminin kardiyovasküler hastalıklar hakkında bilgi konularını içermektir (Ek-5). Uygulama araştırmacı tarafından ayrı bir telefon numarası kullanılarak gerçekleştirildi. Hastalara 24 saat boyunca ulaşabilecekleri telefon numarası üzerinden iletişim kuruldu. Hastaların hiçbirisi telefon görüşmeleri dışında telefonla iletişim sağlamadı. Yapılan bu telefon görüşmeleri yaklaşık olarak on ile on beş dakika arasında sürdü. Görüşmelerde hastanın sorduğu sorulara verilen cevapların kısa, net ve hastanın anlayacağı şekilde olmasına özen gösterildi. Son görüşme olan beşinci görüşmede (30. gün) hastalara telefon ile bilgi verilip soruları yanıtlandıktan sonra ölçekler uygulanarak son testler yapıldı. Müdahale grubundaki hastalara çalışma sonrasında iki sorudan oluşan memnuniyet anketi uygulandı.

5.11.4. Kontrol grubu uygulaması

Kontrol grubunda olan hastalar telefon ile aranarak aile sağlığı merkezine davet edildiler. Aile sağlığı merkezinde araştırmacı tarafından yüz yüze çalışmaya dair bilgiler verildi. Bu ilk görüşmede; hasta tanılama formu ile ölçekler uygulanarak ön testler elde edildi. Rutin uygulamalar dışında herhangi bir müdahale yapılmayıp otuz gün sonra hastalar telefon ile aranarak ölçekler uygulandı ve son testin verileri elde

edildi. Çalışmanın sonucunun etkilenmemesi için son testler yapıldıktan sonra isteyen hastalara izlem içeriğine uygun bilgilendirme yapıldı.

5.12. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 5.12.1. Hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin normal dağılımı

	Kurtosis	Skewness
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ön Test	1,123	-1,347
Hipertansif Hastalarda İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Ön Test	-0,338	-0,772
Sistolik Kan Basıncı Ön Test	0,099	0,376
Diastolik Kan Basıncı Ön test	0,149	-0,054
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Son test	-1,015	-0,265
Hipertansif Hastalarda İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Son test	0,845	-1,003
Sistolik Kan Basıncı Son Test	0,745	-2,738
Diastolik Kan Basıncı Son Test	0,987	0,415

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile-2,0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptandı. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları arasında ölçümlerin farklılaşma durumu bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Grup içerisinde ön test ve son test değişimleri bağımlı gruplar t-testi ile analiz edilmiştir ($p<0,05$).

5.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan E-10840098-772.02-5022 sayılı 12.02.21 tarihli etik kurul izni ve İstanbul ilinde bulunan aile sağlığı merkezinde gerçekleştirebilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek 10).

Araştırmacı tarafından katılımcılara, araştırma hakkında açıklama yapılmış, bilgilerin gizli tutulacağı, sadece bu çalışma için kullanılacağı ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu hakkında bilgi verilmiştir. Gönüllü olanların sözel ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 7).

Hipertansif Hastalarda Tedaviye Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) ölçeklerini kullanabilmek için ölçek yazarlarından gerekli izinler alınmıştır (Ek 8, Ek 9).

Hemşirelik etik kodlarından adalet ve eşitlik ilkesi gereğince, son test yapıldıktan sonra kontrol grubundaki isteyen hastalara izlem içeriğine uygun bilgilendirme uygulandı.

6. BULGULAR

Bu bölümde hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin ilaç uyumu, kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verildi.

Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı (N=69)

		Müdahale (n=34)		Kontrol (n=35)		t		p
		Ort±ss		Ort±ss				
Yaş Ortalamaları		56,67±10,09		52,57±10,22		1,677		0,098
		Müdahale		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	40 ve Altı	12	%35,3	13	%37,1	25	%36,2	X²=4,565 p=0,102
	41-50	6	%17,6	13	%37,1	19	%27,5	
	50 Üzeri	16	%47,1	9	%25,7	25	%36,2	
Cinsiyet	Kadın	24	%70,6	26	%74,3	50	%72,5	X²=0,118 p=0,470
	Erkek	10	%29,4	9	%25,7	19	%27,5	
Medeni Durum	Evli	29	%85,3	29	%82,9	58	%84,1	X²=0,076 p=0,521
	Bekar	5	%14,7	6	%17,1	11	%15,9	
Eğitim Durumu	Okuryazar	6	%17,6	4	%11,4	10	%14,5	X²=4,453 p=0,348
	İlkokul	12	%35,3	6	%17,1	18	%26,1	
	Ortaokul	2	%5,9	3	%8,6	5	%7,2	
	Lise	12	%35,3	18	%51,4	30	%43,5	
	Üniversite	2	%5,9	4	%11,4	6	%8,7	
Çalışma Durumu	Evet	7	%20,6	14	%40,0	21	%30,4	X²=3,069 p=0,068
	Hayır	27	%79,4	21	%60,0	48	%69,6	
	Ev Hanımı	19	%55,9	11	%31,4	30	%43,5	X²=1,819

Çalışma Statüsü	Memur	2	%5,9	6	%17,1	8	%11,6	p=0,769
	İşçi	2	%5,9	7	%20,0	9	%13,0	
	Serbest Meslek	3	%8,8	1	%2,9	4	%5,8	
	Emekli	6	%17,6	9	%25,7	15	%21,7	
	Diğer	2	%5,9	1	%2,9	3	%4,3	
Sosyal Güvence	Var	30	%88,2	35	%100,0	65	%94,2	X²=4,371 p=0,054
	Yok	4	%11,8	0	%0,0	4	%5,8	
*Ki-Kare Analizi								

Tablo 6.1’de çalışmaya katılanların (n=69) sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Müdahale grubunun yaş ortalaması 56,67±10,09, kontrol grubunun ise 52,57±10,22 olarak bulundu. Gruplar arasında yaş ortalamasına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Vaka grubunun 12’sinin (%35,3) 40 ve altı, 6’sının (%17,6) 41-50, 16’sının (%47,1) 50 üzeri; kontrol grubunun 13’ünün (%37,1) 40 ve altı, 13’ünün (%37,1) 41-50, 9’unun (%25,7) 50 üzeri olduğu görülmektedir. Grupların yaş dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Cinsiyetlere göre değerlendirme yapıldığında vaka grubunun 24’ünün (%70,6) kadın, kontrol grubunun 26’sının (%74,3) kadın olduğu saptandı. Cinsiyetlere bakıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Eğitim durumları incelendiğinde vaka grubunun 6’sının (%17,6) okuryazar, 12’sinin (%35,3) ilkokul, 2’sinin (%5,9) ortaokul, 12’sinin (%35,3) lise, 2’sinin (%5,9) üniversite; kontrol grubunun 4’ünün (%11,4) okuryazar, 6’sının (%17,1) ilkokul, 3’ünün (%8,6) ortaokul, 18’inin (%51,4) lise, 4’ünün (%11,4) üniversite olduğu görüldü. Gruplar arasında eğitim duruma bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Medeni durumlarına bakıldığında vaka grubunun 29’unun (%85,3) evli, kontrol grubunun 29’unun (%82,9) evli olduğu görüldü. Gruplar arasında medeni durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma durumları incelendiğinde vaka grubunun %20,6'sının kontrol grubunun 14'ünün %40,0'ının çalışmakta olduğu görüldü. Çalışma statüsüne bakıldığında vaka grubunun 19'unun (%55,9) ev hanımı, 2'sinin (%5,9) memur, 2'sinin (%5,9) işçi, 3'ünün (%8,8) serbest meslek, 6'sının (%17,6) emekli, 2'sinin (%5,9) diğer; kontrol grubunun 11'inin (%31,4) ev hanımı, 6'sının (%17,1) memur, 7'sinin (%20,0) işçi, 1'inin (%2,9) serbest meslek, 9'unun (%25,7) emekli, 1'inin (%2,9) diğer olduğu görüldü. Müdahale ve kontrol grupları arasında çalışma durumu ve çalışma statüsüne göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Sosyal Güvence ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($X^2=4,371$; $p=0,054$). Vaka grubunun 30'unun (%88,2) sosyal güvencesi olduğu kontrol grubunun 35'inin (%100,0) sosyal güvencesi olduğu sonucuna ulaşıldı.

Tablo 6.2. Tıbbi Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı

		Müdahale (n=34)		Kontrol (n=35)		Toplam (n=69)		P
		n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon Tanı Süresi	0,6 ay-5 Yıl	8	%23,5	11	%31,4	19	%27,5	$X^2=1,898$ $p=0,387$
	5-10 Yıl	8	%23,5	4	%11,4	12	%17,4	
	10 Yıl Üzeri	18	%52,9	20	%57,1	38	%55,1	
Başka Hastalık Varlığı	Var	20	%58,8	15	%42,9	35	%50,7	$X^2=1,759$ $p=0,139$
	Yok	14	%41,2	20	%57,1	34	%49,3	
BKİ	Normal Kilolu	1	%2,9	0	%0,0	1	%1,4	$X^2=1,819$ $p=0,769$
	Fazla Kilolu	5	%14,7	5	%14,3	10	%14,5	
	I. Derece Obez	10	%29,4	14	%40,0	24	%34,8	
	II. Derece Obez	5	%14,7	5	%14,3	10	%14,5	
	Morbid Obez	13	%38,2	11	%31,4	24	%34,8	
	Evet	13	%38,2	7	%20,0	20	%29,0	$X^2=2,786$

Sigara Kullanma Durumu	Hayır	21	%61,8	28	%80,0	49	%71,0	p=0,080
Alkol Kullanma Durumu	Evet	6	%17,6	3	%8,6	9	%13,0	X²=2,396
	Hayır	28	%82,4	32	%91,4	60	%87,0	p=0,302
Tansiyon Ölçme Sıklığı	Her gün	7	%20,6	9	%25,7	16	%23,2	X² =10,832 p=0,013
	Haftada Birkaç Kere	6	%17,6	17	%48,6	23	%33,3	
	Ayda Bir	5	%14,7	1	%2,9	6	%8,7	
	Diğer	16	%47,1	8	%22,9	24	%34,8	
*Ki-Kare Analizi								

Tablo 6.2' de çalışmaya katılanların (n=69) tıbbi özellikleri incelenmiştir. Çalışmaya katılanların tanı sürelerine bakıldığında vaka grubunun 8'inin (%23,5) 0,6-5 yıl, 8'inin (%23,5) 6-10 yıl, 18'inin 10 yıl ve üzeri; kontrol grubunun 11'inin (%31,4) 6 ay -5 yıl, 4'ünün (11,4) 6-10 yıl, 20'sinin (57,1) 10 yıl ve üzeri olduğu görüldü. Tanı süresi ile grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,898$; $p=0,387$).

Başka hastalık mevcudiyeti incelendiğinde vaka grubunun %58,8'inin, kontrol grubunun %42,9'unun başka hastalığı olduğu görüldü.

Beden kitle indekslerine bakıldığında vaka grubunun 1'inin (%2,9) normal kilolu, 5'inin (%14,7) fazla kilolu, 10'unun (%29,4) birinci derece obez, 5'inin (%14,7) ikinci derece obez, 13'ünün (%38,2) morbid obez; kontrol grubunun 5'inin (%14,3) fazla kilolu, 14'ünün (%40,0) birinci derece obez, 5'inin (%14,3) ikinci derece obez, 11'inin (%31,4) morbid obez olduğu görüldü. Gruplar arasında BKİ yönünden istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Sigara Kullanma Durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($X^2=2,786$; $p=0,080$). Vaka grubunun 13'ünün (%38,2) sigara kullandığı; kontrol grubunda 7'sinin (%20,0) sigara kullandığı sonucuna ulaşıldı.

Alkol kullanma durumu ile grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmedi ($X^2=1,252$; $p=0,224$). Vaka grubunun 6'sının (%17,6) alkol kullandığı kontrol grubunda 3'ünün (%8,6) alkol kullandığı sonucuna ulaşıldı.

Tansiyon ölçme sıklığı ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($X^2=10,832$; $p=0,013$). Vaka grubunun %20,6'sının her gün, 6'sının (17,6) haftada birkaç kere, 5'inin (%14,7) ayda bir, 16'sının (%47,1) diğer; kontrol grubunun %25,7'si her gün, 17'sinin (%48,6) haftada birkaç kere, 1'inin %2,9'u ayda bir, 8'inin (22,9) diğer zamanlarda ölçtüğü görüldü.

Tablo 6.3. Hipertansiyona İlişkin Belirtilerin Gruplara Göre Dağılımı

		Müdahale		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyona İlişkin Gelişen Belirti Varlığı	Evet*	33	%97,1	35	%100,0	68	%98,6	$X^2=1,045$
	Hayır	1	%2,9	0	%0,0	1	%1,4	$p=0,493$
Baş Ağrısı	Evet	29	%87,9	32	%91,4	61	%89,7	$X^2=0,232$
	Hayır	4	%12,1	3	%8,6	7	%10,3	$p=0,466$
Ensede Ağrı	Evet	18	%54,5	21	%60,0	39	%57,4	$X^2=0,207$
	Hayır	15	%45,5	14	%40,0	29	%42,6	$p=0,417$
Sinirlilik	Evet	6	%18,2	2	%5,7	8	%11,8	$X^2=2,543$
	Hayır	27	%81,8	33	%94,3	60	%88,2	$p=0,111$
Burun Kanaması	Evet	3	%9,1	1	%2,9	4	%5,9	$X^2=1,192$
	Hayır	30	%90,9	34	%97,1	64	%94,1	$p=0,285$
Baş Dönmesi	Evet	15	%45,5	13	%37,1	28	%41,2	$X^2=0,484$
	Hayır	18	%54,5	22	%62,9	40	%58,8	$p=0,327$

Uykusuzluk	Evet	4	%12,1	6	%17,1	10	%14,7	$X^2=0,341$
	Hayır	29	%87,9	29	%82,9	58	%85,3	$p=0,406$
Kulak Çınlaması	Evet	12	%36,4	6	%17,1	18	%26,5	$X^2=3,224$
	Hayır	21	%63,6	29	%82,9	50	%73,5	$p=0,064$
Görme Kaybı	Evet	1	%3,0	1	%2,9	2	%2,9	$X^2=0,002$
	Hayır	32	%97,0	34	%97,1	66	%97,1	$p=0,739$
Bulanık Görme	Evet	3	%9,1	4	%11,4	7	%10,3	$X^2=0,101$
	Hayır	30	%90,9	31	%88,6	61	%89,7	$p=0,534$
Böbrek Yetmezliği	Evet	0	%0,0	1	%2,9	1	%1,5	$X^2=0,957$
	Hayır	33	%100,0	34	%97,1	67	%98,5	$p=0,515$
Bacaklarda Şişlik	Evet	4	%12,1	10	%28,6	14	%20,6	$X^2=2,811$
	Hayır	29	%87,9	25	%71,4	54	%79,4	$p=0,083$
Çarpıntı	Evet	7	%21,2	4	%11,4	11	%16,2	$X^2=1,199$
	Hayır	26	%78,8	31	%88,6	57	%83,8	$p=0,222$
Göğüs Ağrısı	Evet	7	%21,2	5	%14,3	12	%17,6	$X^2=0,561$
	Hayır	26	%78,8	30	%85,7	56	%82,4	$p=0,333$
Nefes Darlığı	Evet	9	%27,3	12	%34,3	21	%30,9	$X^2=0,391$
	Hayır	24	%72,7	23	65,7	47	%69,1	$p=0,359$
*Ki-Kare Analizi								

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilir.

Tablo 6.3'te çalışmaya katılan hastaların hipertansiyona yönelik şikayetleri incelenmiştir. Hipertansiyona İlişkin Gelişen Belirti Varlığı deney ve kontrol grubunda anlamlı derecede farklı değildir ($X^2=1,045$; $p=0,493$). Vaka grubunun 33'ünün (%97,1)

evet, 1'inin (%2,9) hayır; kontrol grubunun 35'inin (%100,0) hipertansiyona yönelik belirtisi olduğu görüldü.

Müdahale grubu incelendiğinde 29'unda (%87,9) baş ağrısı, 18'inde (%54,5) ensede ağrı, 6'sının (%18,2) hipertansiyon geliştiğinde sinirlendiği, 3'ünde (%9,1) kan basıncı yükselmesine bağlı burun kanaması geliştiği, 15'inin (%45,5) baş dönmesi yaşadığı, 4'ünün (%12,1) uykusuzluk yaşadığı, 12'sinde (%36,4) kulak çınlaması geliştiği, 1'inde (%3) görmede kayıp, 3'ünün (%9,1) bulanık görme, 4'ünün %12,1'inin bacaklarında şişlik geliştiği, 7'sinde (%21,2) çarpıntı geliştiği yine 7'sinde (%21,2) göğüs ağrısı, 9'unda (%27,3) nefes darlığı olduğu sonuçlarına ulaşıldı.

Kontrol grubunun 32'sinde (%91,4) baş ağrısı, 21'inin (%60) ensede ağrısı, 2'sinde (%5,7) sinirlilik, 1'inde (%2,9) burun kanaması, 13'ünde (%37,1) baş dönmesi, 6'sında (%17,1) uykusuzluk, 6'sında (%17,1) kulak çınlaması, 1'inde (%2,1) görme kaybı, 4'ünde (%11,4) bulanık görme, 1'inde (%2,9) böbrek yetmezliği, 10'unda (%28,6) bacaklarda şişlik olduğu, 4'ünün %11,4 çarpıntısı geliştiği, 5'inde (%14,3) göğüs ağrısı, 12'sinde (%34,3) nefes darlığı geliştiği görüldü.

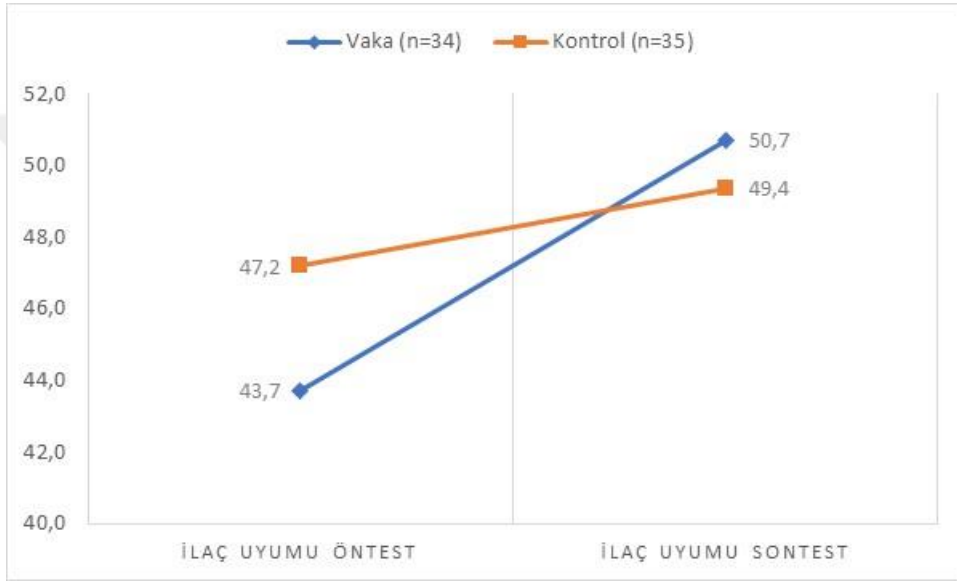
Tablo 6.4. Müdahale ve Kontrol Grubunun İlaç Uyum Öz-Etkililik-Kısa Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Vaka (n=34)	Kontrol (n=35)	t^a	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
İlaç Uyum Öz-Etkililik-Kısa Ölçeği Puanları Ön test	43,73±5,94	47,20±4,88	-2,649	0,010
İlaç Uyum Öz-Etkililik-Kısa Ölçeği Puanları Son Test	50,70±1,24	49,37±1,71	3,689	≤ 0,001
t^b	-6,483	-2,337		
p	≤0.001	0,025		
İlaç Uyum Öz-Etkililik-Kısa Ölçeği Değişim Puanları	6,97±6,26	2,17±5,49	3,384	0,001

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bBağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.4'te hastalarında ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu puanlarının uygulanan telefon izlemi sonucunda gruplara göre farklılaşma durumu bulunmaktadır. Grupların ön test puanları anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ($t=2.649$; $p=0.010$). Kontrol grubunun ön test puanlarının ($\bar{x}=47,20$), müdahale grubunun ön test puanlarından ($\bar{x}=43,73$) yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Grupların son test puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ($t=3.689$; $p\leq 0.000$). Vaka grubunun hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu son test puanları ($\bar{x}=50,70$), kontrol grubu son test puanlarından ($\bar{x}=49,37$) yüksek bulundu.

Hastaların gruplara göre hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu değişim puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t=3.384$; $p\leq 0.001$). Müdahale grubunun hipertansif hastalarda ilaç ölçek değişim puanları ($\bar{x}=6,97$), kontrol grubunun ölçek değişim puanlarından ($\bar{x}=2,17$) yüksek bulundu. Müdahale grubunda; öntest değerine ($\bar{x}=43,73$) göre ilaç uyumu son test değerindeki ($\bar{x}=50,70$) artış anlamlı bulundu ($t=-6,483$; $p\leq 0,000$). Kontrol grubunda; ön test değerine ($\bar{x}=47,20$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=49,37$) artış anlamlı bulundu ($t=-2,337$; $p=0,025$).



Şekil 6.1. Gruplara Göre İlaç Uyumu

Şekil 6.1’de hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlem çalışmasının grupların hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu düzeylerine etkisi ve gruplar üzerindeki uyum düzeyleri farkı gösterilmiştir.

Tablo 6.5. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sistolik Kan Basıncı Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Gruplar	Vaka (n=34)	Kontrol (n=35)	t ^a	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Sistolik Basınç Ön test	140,91 ± 7,87	141,20±5,08	-0,181	0,858
Sistolik Basınç Son test	142,44 ±4,83	143,00±6,41	-0,408	0,685
t ^b	-1,254	-1,408		
p	0,219	0,168		

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bBağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.5’te hastaların sistolik kan basıncı değişim durumları incelenmiştir. Hastaların sistolik kan basıncı ön test, sistolik basıncı son test puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Vaka grubunda; sistolik kan basıncı ön test değerine ($\bar{x}=74,44$) göre sistolik kan basıncı son test değerindeki ($\bar{x}=72,35$) düşüş anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda; sistolik kan basıncı ön test değerine ($\bar{x}=72,20$) göre sistolik kan basıncı son test değerindeki ($\bar{x}=72,69$) artış anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.6. Müdahale ve Kontrol Grubunun Diyastolik Kan Basıncı Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Gruplar	Vaka (n=34)	Kontrol (n=35)	t ^a	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Diyastolik Basınç Ön test	74,44±8,85	72,20±5,78	1,248	0,220
Diyastolik Basınç Son test	72,35±12,26	72,69±6,36	-0,142	0,887
t ^b	0,883	-0,586		
p	0,383	0,562		

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bBağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.6’da hastaların diyastolik kan basıncı değışim durumları incelenmiştir. Hastaların diyastolik kan basıncı ön test, diyastolik kan basıncı son test puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermediğı görüldü ($p>0,05$). Vaka grubunda; diyastolik kan basıncı ön test değerine ($\bar{x}=140,91$) göre diyastolik kan basıncı son test değerindeki ($\bar{x}=142,44$) artış anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$). Kontrol grubunda; diyastolik kan basıncı ön test değerine ($\bar{x}=141,20$) göre diyastolik kan basıncı son test değerindeki ($\bar{x}=143,00$) artış anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.7. Müdahale ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bigi Düzeyi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

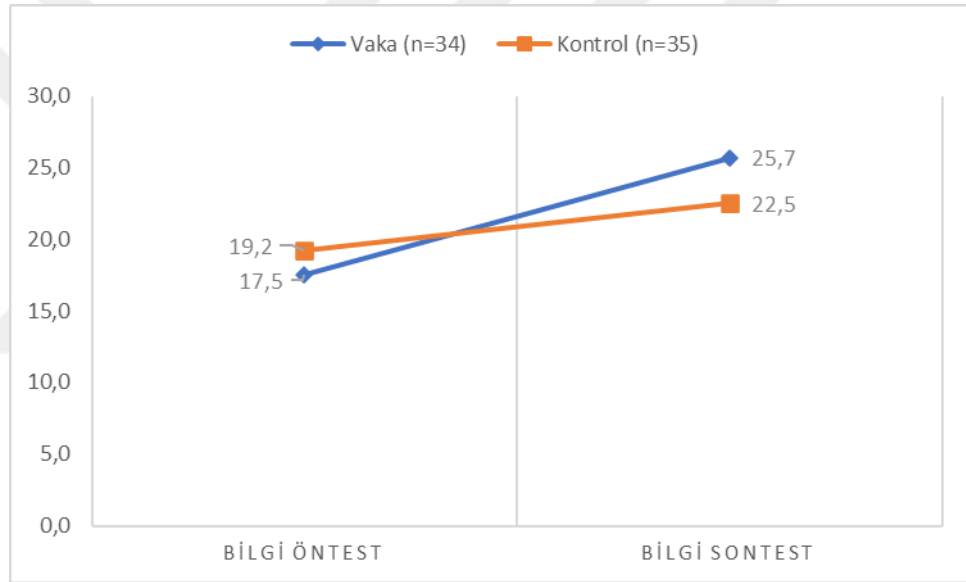
	Müdahale (n=34)	Kontrol (n=35)	t^a	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
KARRİF-BD Ön test	17,50±4,97	19,20±3,19	-1,694	0,095
KARRİF-BD Son Test Puanları	25,70±1,11	22,48±1,54	9,918	≤0,000
t^b	-10,752	-5,791		
p	≤0,000	≤0,000		
KARRİF-BD Değişim Puanları	25,70±1,11	22,48 ±1,54	9,918	≤0,000

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bBağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.7’de hipertansiyon hastalarına uygulanan telefon ile izlemin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) puanlarının gruplara göre farklılaşması incelenmiştir. Hastaların gruplara göre KARRİF-BD son test puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t = 9.918$; $p \leq 0.000$). Müdahale grubunun son test puanları ($\bar{x}=25,70$), kontrol grubunun son test puanlarından ($\bar{x}=22,48$) yüksek

bulundu. Hastaların KARRİF-BD ön test puanlarına bakıldığında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Hastaların gruplara göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) değişim puanları anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşıldı ($t=5.194$; $p\leq 0.000$). Müdahale grubunun KARRİF-BD değişim puanları ($\bar{x}=8,20$), kontrol grubunun KARRİF-BD değişim puanlarından ($\bar{x}=3,28$) yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Müdahale grubunda; ön test değerine ($\bar{x}=17,50$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=25,70$) artış anlamlı bulundu ($t=-10,752$; $p\leq 0,000$). Kontrol grubunda; ön test değerine ($\bar{x}=19,20$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=22,48$) artış anlamlı bulundu ($t=-5,791$; $p\leq 0,000$).



Şekil 6.2. Gruplara Göre Bilgi Puanları

Şekil 6.2’de hipertansiyon hastalarına telefon ile uygulanan izlem sonucu grupların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri arasındaki değişim ve gruplar arasında gelişen fark düzeyleri görülmektedir.

Tablo 6.8. Hasta Memnuniyet Anketine İlişkin Bulgular

	n	min	max	ort $\pm$ ss
Çalışma memnuniyet düzeyi	34	9,00	10,00	9,85 $\pm$ 0,35
Çalışmada telefon kullanımı memnuniyeti düzeyi	34	9,00	10,00	9,97 $\pm$ 0,17

Hastaların çalışma memnuniyet düzeyleri; 29 (%85,3) hasta memnuniyet düzeylerine 10 puan verirken, 5 (%14,7) hasta ise 9 puan vermiştir.

Çalışmada telefon kullanımını memnuniyet düzeyi; Çalışmada araç olarak telefon kullanımı memnuniyet oranlarına bakıldığında 33 hasta (%97) 10 puan, 1 hasta (%3) 9 puan vermiştir.

7.TARTIŞMA

7.1. Hasta Tanılama Formu Sonuçlarının İncelemesi

7.1.1. Sosyo-demografik özelliklerinin incelemesi

Hipertansiyon görülme sıklığının yaş ilerledikçe arttığı bilinmektedir. Türk Hipertansiyon prevalans çalışmasının sonuçlarında 40-70 yaşları aralığında hipertansiyon hastalığının daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Altun ve ark., 2005). Hipertansiyon hastalarıyla yapılmış bir çalışmada yaş ortalaması $60,10 \pm 11,300$ şeklinde bulunmuştur (Sevinen, 2019). Özpancar tarafından yapılan çalışmada ise hastaların yaş ortalaması deney grubuna bakıldığında 54.50 ± 11.14 , kontrol grubuna bakıldığında $51.83 \pm 10,29$ olarak bulunmuştur (Özpancar, 2013). Yaş ortalamalarına bakıldığında sonuçların literatür taramasında benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Cinsiyetlere göre değerlendirme yapıldığında vaka grubunun katılımcıların büyük oranda kadın olduğu görülmektedir. Geniş çaplı bir çalışma olan PATENT çalışmasının bütün aşamalarında hastaların oranlarına bakıldığında kadınların oranı erkek hasta sayısından fazla bulunmuştur (Altun ve ark., 2005). Ülkemizde Gün ve Korkmaz tarafından yapılan bir çalışmada ise hipertansiyon hastalarının %63,6'sını kadınların oluşturduğu görülmüştür (Gün & Korkmaz, 2014). Bu bağlamda çalışmalardaki katılımcıların erkek katılımcılara oranla yüksek oranda kadın olması benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlara göre kadınlar üzerinde daha fazla araştırma ve tarama çalışmaları yapma gerekliliği sonucuna ulaşılmaktadır.

Medeni durum ve çocuk sayılarına bakıldığında katılımcıların büyük oranda evli ve çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda evlilik durumları ve çocuk sayılarının incelenmediği görülmüştür.

Çalışmamızda okuryazar, ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitim alanların oranı her iki grupta da baskın derecede yüksektir. Arpacı ve arkadaşları tarafından uygulanan araştırmada hastalardan kan basıncı düzeylerinin kontrol altında tutulamayanların eğitim düzeylerinin ilkokul/ortaokul, kontrol altında tutulabilenlerin ise genel olarak ortaokul/lise düzeyinde eğitilmiş olduğu saptanmıştır (Arpacı ve ark., 2008). Bu durumda çalışmamızda, eğitim durumlarına bakıldığında gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması telefon ile izlemin sonuçlarını etkilememesi açısından oldukça önemlidir.

Çalışma durumları incelendiğinde çalışmaya katılan hastalardan sayısal ve istatistiksel olarak çoğunluğun çalışmadığı görülmektedir araştırma sonucuna göre hastaların %50,8'inin bir işte çalışmadığı ve %3'ünün sosyal güvencesi olmadığı, %97'lik oranda sağlık güvencesinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erci ve ark., 2018). Bu bağlamda araştırmamızla paralellik göstermektedir.

7.1.2. Tıbbi özelliklerin gruplara göre dağılımının tartışması

Tanı Süresi ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Grupların homojen dağılımı nedeniyle sonuçların etkilenmeyeceği düşünülmektedir. Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada hastaların %51,4'ünün 6-15 yıldır hipertansiyon tanılı olduğu sonucu elde edilmiştir (Özdemir ve ark., 2016).

Çalışmamızda kontrol grubunun diyet yapma ve diyetle uyma oranları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada diyetine dikkat eden, yağlı yiyecekte ve tuzdan uzak duran, zararlı alışkanlıkları konusunda dikkatli hastaların tedaviye uyumlarının diğerlerine göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Atan ve Yılmaz, 2016).

Başka Hastalık Varlığı ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Vaka grubunun %58,8'inin, kontrol grubunun %42,9'sinin başka hastalığı ve kullandığı ilaç mevcuttur. Gruplardaki homojen dağılım sebebiyle sonuçların etkilenmeyeceği düşünülmektedir.

Tansiyon Ölçme Sıklığı ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Koruk'un çalışmasında %21,3 ' ü haftada bir tansiyon ölçümü yaparken, %16 'si ayda bir kere, %3,2 si ayda 1 keranın altında ve %12,8 ' kan basıncını kontrolü yapmadığı sonucuna ulaşıldı (Koruk, 2019). Bu bağlamda çalışmamız diğer çalışmayla benzerlik taşımaktadır.

Sigara kullanma durumuna bakıldığında Sevinen tarafından yapılan çalışmada hastaların sigara kullanma oranları incelendiğinde %20 olarak tespit edilmiştir (Sevinen, 2019). Tümer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada oran %25,4 olarak

tespit edilmiştir (Tümer ve ark. 2016). Alkol Kullanma Durumu ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Oranlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

7.1.3. Hastalığa ilişkin belirti ve bulguların gruplara göre dağılımının tartışması

Belirtilerden en fazla görülenler baş ağrısı, ensede ağrı ve baş dönmesi her iki grupta da üst sıralarda yer alırken, görme kaybı ve böbrek yetmezliği en alt sırada yer almaktadır. Koruk tarafından yapılan çalışmada hipertansif hastaların %29,2’ sinde baş-ense ağrısı, %16’ sında baş dönmesi, %9,2’ sinde göz kararması, %8’ inde halsizlik-bulantı, %37,6’ sında diğer (çarpıntı, göğüs ağrısı, kalp ağrısı, nefes darlığı, kulak çınlaması, vücudunda basınç hissi, burun kanaması, ayaklarda şişme, ağız kuruluğu, sersemlik, uyku hali, ateş, titreme, heyecan, gözde kıvılcım- yanma, terleme, baygınlık hissi, sinirlilik hali, pollaküri gibi belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır (Koruk, 2019).

7.2. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefonla Hemşirelik İzleminin İlaç Tedavisine Uyumunun Tartışması

Yapılan bu araştırma “Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefonla Hemşirelik İzleminin Tedaviye Uyuma Etkisi vardır” H₂ hipotezini olumlu yönde desteklemektedir.

Hemşirelik mesleğinde, bireyin ilaç kullanımında bilimsel problem çözme yöntemi olarak hemşirelik sürecine başvurulması oldukça önemlidir (Kaya ve ark., 2012). Ülkemizde Demirbağ ve Timur tarafından yapılan çalışmada yaşlı hastaların %85,5’inin ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Demirbağ ve Timur, 2012). Hastaların kan basıncın takibini düzenli yapabilmeleri, ilaç tedavisinin sürekliliğini sağlayarak yaşam şeklinde etkili değişiklikler sağlamaları önem arz etmektedir. Hipertansiyon yönetimini sağlamada sağlık profesyoneli hemşireye önemli nitelikte görevler düşmektedir (Yıldırım, 2021).

Kazem ve arkadaşlarının çalışmanın sonucuna göre kendi kendine izlem ve tele-hemşirelik programlarının her ikisinin de etkili olduğunu görülmüştür. Katılımcıların sistolik ve diyastolik kan basıncının ortalaması çalışma sonucunda düşmüştür. Ayrıca, kendi kendini izlemeye kıyasla tele-hemşirelik, sistolik ve diyastolik kan basıncının ortalamasını düşürmede daha etkili olmuştur (Kazem ve ark.,

2016). Serwe ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre telefon ile gerçekleşen görüşmenin hasta sağlığını geliştirerek, eğitim ve öğrenimi kolaylaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların memnuniyeti yüksek bulunmuştur (Serwe ve ark., 2017). Yaşlı hipertansif hastalarda yapılan çalışmada, İBÖS-KF puan ortalaması 45.05 ± 6.06 olarak bulunmuştur, bu çalışma sonucuna göre yaşlı hipertansiyon hastalarının tedaviye ve düzenli ilaç kullanımına uyum sağladıkları görülmüştür (Özdemir ve ark., 2016).

Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunu inceleyen çalışmalara bakıldığında Tokem ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada; hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumları incelendiğinde günde bir ilaç kullananların %90,2, şikayetleri azaldığında ilaç kullanımını terk edenlerin %36,2 oranında olduğu, ilaçlarını içmeyi unutanların %50 düzeyinde olduğu, katılımcıların %33'ünün ilaçlarını içecekleri zamanı şaşırdıklarını ifade etmiştir (Tokem ve ark., 2013).

Akça ve Yıldız tarafından uygulanan bir çalışmada, eğitim verilmeden önce ve eğitim verildikten sonra ilaç tedavisine uyumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu görülmüştür. Çalışmaya göre hipertansiyon hastalarına ilaç tedavisine uyum sağlamaları konusunda verilen eğitimin hastalar üzerinde etkisinin yadsınamaz olduğu görülmüştür (Akça ve Yıldız, 2019).

Ekinci ve arkadaşlarının sms yöntemi kullanarak gerçekleştirdiği bir diğer çalışmaya göre kontrol grubundaki hastaların anti hipertansif ilaç tedavi uyumu %36,7 bulunurken, müdahale grubundaki hastaların anti hipertansif ilaç tedavi uyumu %96,7 olarak tespit edilmiştir (Ekinci ve ark., 2017).

Singapur'da tele-danışma ile uzaktan izlemin, kan basıncı kontrolünü iyileştirdiği ve diğer hemşirelik bakımlarına oranla daha uygun maliyetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaktan telefonla hemşirelik hizmeti alan hastalarda motivasyon ve memnuniyet oranlarında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Teo ve ark., 2021).

Hacıhasanoğlu ve Gözümler tarafında gerçekleştirilmiş bir çalışmaya göre uygulanan hemşirelik eğitim ve girişimlerinin ilaç uyumunu artırdığı, kontrol grubuna

nazaran farklı iki uygulama gerçekleştirilen A ve B gruplarında ilaç uyumunda anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Hacıhasanoğlu ve Gözüml, 2011).

Bu çalışmada vaka grubunda; ilaç uyumu ön test değerine göre ilaç uyumu son test değerindeki artış anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubunda; ilaç uyumu ön test değerine göre ilaç uyumu son test değerindeki artış anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubundaki artışı her iki hasta grubunda da farkındalık oluşumuyla ilişkilendirebilmekteyiz. Vaka grubunda yer alan hastalarda ilaç uyum düzeyindeki artış kontrol grubundaki hastaların ilaç uyum düzeyinden anlamlı derecede yüksektir.

Grupların ön test puanlarına bakıldığında kontrol grubunun puanı ($\bar{x}=47,200$), müdahale grubunun ön test puanlarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Uygulama sonucunda ise müdahale grubunun son test puanları, kontrol grubunun son test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Telefon ile hemşirelik izlemi müdahale grubunun ilaç uyumunu olumlu derecede etkilemiştir.

7.3. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon ile İzlemin Kan Basıncına Etkisi

Bu çalışmada hipertansiyon hastalarına yapılan telefon ile izlemin hastaların kan basıncına anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Ancak hipertansiyonlu hastalarda gerçekleştirilen eğitimin temel hedefi, kan basıncının düzenli kontrolünü sağlamak ve hastanın verilen tedaviye uyumunu artırmaktır (Schroeder ve ark., 2005). Hastanın tedaviye uyumunu artırmanın geniş dönemde kan basıncına olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde Bilir tarafından yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarına yapılan eğitimin kan basıncına olumlu etkisi bulunamamıştır, Çalışmayı gerçekleştiren araştırmacı bu durumu hastalara yapılan eğitimin tek seferli olması ve sürekli takip ve eğitimin yapılmaması ile ilişkilendirmiştir (Bilir, 2019). Amerika’da 2015 yılında Davidson’ın yaptığı bir çalışmada hastalar yaklaşık 6 ay süre ile takip edilmiş ve çalışma sonucunda hastaların sistolik ve diyastolik kan basınçları karşılaştırıldığında kontrol grubuna oranla deney grubunda daha düşük bulunmuştur (Davidson ve ark., 2015). Amerika’ da Buis ve arkadaşları tarafından yapılan ve bir ay süren sms ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise klinikte yapılan ölçümler neticesinde deney ve

kontrol grubu üyelerinin sistolik ve diyastolik kan basınçlarında herhangi bir değişim ve fark görülmemiştir (Buis ve ark., 2017). Bu çalışmalar neticesinde hastalara uygulanan destek programlarının sürelerinin artışı ve devamlılığın sağlanmasının hastaların kan basıncına olumlu etkisi olacağı sonucuna ulaşılabilmektedir.

7.4. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon ile İzlemin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine Etkisi

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) yayınladığı verilere bakıldığında 2018 yılı içerisindeki tüm ölüm sebeplerinin %39,8'ini kalp-dolaşım sistemi kaynaklı ölümler oluşturmaktadır. Ölüm sebepleri sıralamasında ilk sırada bulunmaktadır (TÜİK, 2018).

Kardiyovasküler hastalıkların oluşumunun önlenmesinde veya hastalık oluşumu sonrasında kardiyak hastalıklar risk faktörlerini öğrenmek, iyi yönetebilmek ve hastalığın seyrini düzeltmek için yaşam biçimi desteklenerek davranışların geliştirilmesi önemlidir (Sevinç, 2016).

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre risk faktörleri, bilgi düzeyleri, yaşam tarzı değişiklikleri değerlendirilmiş ve artış görülmüştür. Çalışma sonucuna göre hemşire merkezli bir eğitimin sağlıklı yaşam davranışları kazanmada ve kardiyolojik risk faktörlerinin indirgenerek kontrol altında tutulmasında son derece etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (ESC, 2013). Bir sağlık merkezinde yapılan geniş çaplı bir çalışmada kişilerin kardiyovasküler risk faktörleri hakkında yetersiz olmakla beraber öneri aldıkları ama verilen önerilere uyumları oldukça düşük bulunmuştur. Eğitim ve danışmanlık hizmeti alanların ise yalnızca öneri alanlara kıyasla uyum oranları önemli derecede yüksek bulunmuştur (Ayraller ve ark., 2018).

Çalışmamızda hastaların bilgi ön test puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hastaların gruplara göre bilgi değişim puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Müdahale grubunun bilgi değişim puanları ($\bar{x}=8,20$), kontrol grubunun bilgi değişim puanlarından ($\bar{x}=3,28$) yüksek bulunmuştur. Müdahale grubunda eğitim öncesi ve sonrasında bilgi düzeyinde anlamlı derecede artış görülmüştür. Çalışmadan önce kontrol grubunun KARRİF-BD ön test puanları daha yüksek iken çalışmadan sonra müdahale grubunun KARRİF-BD son test puanları daha

yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda telefon ile izlem uygulamasının kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine etkisinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamıza göre kontrol grubunda da az miktarda son test bilgi düzeylerinde artış saptanmıştır. Bu artışın sebebini çalışılan gruplarda farkındalık kazanımıyla ilişkilendirmek mümkündür. Çalışmamız “Hipertansiyon hastalarına telefon ile uygulanan eğitim ve izlemin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi etkisi vardır” H₃ hipotezini desteklemektedir.



8.SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1.Sonuç

Yapılan bu çalışmada, hipertansiyon hastalarına hemşire tarafından uygulanan telefonla izlemin hastaların ilaç tedavisine uyum düzeylerini ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı derecede artırdığı ancak kan basıncı değerlerinde istatistiksel olarak herhangi bir değişim sağlamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların çalışma memnuniyet düzeyleri ve telefon kullanımı memnuniyetleri yüksek bulunmuştur.

8.2.Öneriler

Bu çalışma sonuçları doğrultusunda,

- Hipertansiyon tanısı konulan bireylerin yaşam boyu sürecek tedavi ve ilaç kullanımına uyum sağlamaları, kardiyak hastalıklar hakkında bilinç sahibi olmaları, gelişebilecek ağır komplikasyonların önlenmesi, bilinç ve farkındalık kazanabilmesi için verilecek hemşirelik eğitimleri artırılmalıdır.
- Telefonla yapılan hemşirelik izlemi ulaşılabilirliği, etkinliği açısından önem arz etmektedir. Hipertansiyon hastalarının izlemine maliyeti düşük ve ulaşılabilirliğinin yüksek olması sebebiyle telefonla hemşirelik izlemi dahil edilmelidir.
- Hipertansiyon hastalarında hastalık seyrini ve komplikasyonlarını etkileyen beden kitle indeksi, sigara ve alkol kullanımı, kan basıncı takibi ve kontrolü gibi konularda uzun vadeli yaşam tarzı değişiklikleri oluşturabilmek adına daha uzun süreli çalışmalar düzenlenmelidir. Hipertansiyon hastalarının telefonla hemşirelik izlemi konusunda daha uzun süreli izlemler içeren programlar gerçekleştirilmesi önerilmektedir.
- Hipertansif hastaların kan basıncını daha sık ve programlı takip edecek çalışmalar gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Ahmed E, Youssif M, Ayasreh I, Mawajdeh N. A, Assess the Risk Factors and Knowledge on Modification of Life style a Mong Patients Who Have Experienced Acute Myocardial Infarction in Taif, Int J Medical Sciences Public Health, 2(2): 354-359, 2014.

Akça D, Yıldız S.E, Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumlarında Eğitimin Etkisi. Kafkas Medikal Yayınları, 9(2):117-124, 2019.

Akram J, Rehman H. R, Muneer F, Hassan S, Fatima R, Khan T. M, Mümtaz M, Hipertansiyon ve Obezite: Kesitsel Bir Çalışma. Avrupa Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (4): 90-94, 2021.

Altan Ö, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük (TEKHARF), 2017.

Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç et al, Prevalence, 2005.

American Heart Association, What is high blood pressure? South Carolina State Documents Depository, 2017.

Anar Ö. S, “Aging and Exercise”, Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(1): 18–22, 2003.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B. O, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S Özbakkaloğlu, Özbakkaloğlu M, Ersöz H.Ö, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y, Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu. Türk Kardiyoloji Dern. Arş, 43(4): 402-409, 2015.

Arıcı M. Vd, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması, 2003.

Arıcı Y, Erdem M, Altun B, There lation ship between hypertension and salt in take in Turkish Population, Blood Pressure Oct;19(5):313-8, 2010.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu, Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol, 43(4):402–409 doi: 10.5543/tkda.2015.16243, 2015.

Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Kardiyoloji Derneği Arş, 37(1): 35-40, 2009.

Aşilar R. H, Hipertansiyonda İlaç Uyum ve Öz Bakım Yönetimi, Türk Kardiyovasküler Hemşireler Derg. 6 (11):151–159, 2015.

Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, Çakır İ, Dikbaş O, Elbüken G, Gözü H. I, Haymana C, Kılıçlı F, Kıyıcı S. K, Meriç C, Özkan Ç, Özkaya M, Sabuncu T, Sancak S, Sönmez A, Şahin İ, Tütüncüoğlu P, Ukinç K, Usluoğulları C. A, Üçler R, Yılmaz M, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu, s. 80, Ankara, 2018.

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

Ayraller A, Akan H, Hayran O, Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkin Hastaların Kardiyovasküler Risklere Öneri, Eğitim/Danışmanlık Alma Durumları ve Önerilere Uyumlarının Değerlendirilmesi, Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma, Çağdaş Tıp Dergisi, 8(4), 304-312, 2018.

Badır A, Hipertansiyon, Karadakovan A, Eti Aslan F(Editörler), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 609-12, 2014.

Bell K, Twiggs J, Olin B. R, Hypertension The Silent Killer, Updated JNC-8 Guidelinerecommendations Alabama Pharmacy Association, 2015.

Bilir E, Hemşire tarafından verilen eğitim hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını ve bilgi düzeyini etkiler mi? 2019.

Boroumand S, Moeini M, Theeffect of a Text Message and Telephone Follow-Up Program on Cardiac Self-Efficacy of Patients With Coronary Artery Disease: A Randomized Controlledtrial, Iran J Nurs Midwifery Res, 21:171–6, 2016.

Bradley H. A, Wiyonge C. S, Volmink V. A, Mayosi B. M, Opie L, How Strong Is the Evidence for use of Beta-Blockers as First Line Therapy Forhy Pertension. Journal of Hypertension, 24: 2131–2141, 2006.

Buis L, Hirzel L, Dawood R. M, Dawood K. L, Nichols L. P, Artinian N. T, et al. Text Messaging to Improve Hypertension Medication Adherence in African Americans

Bundy J. D, Li C, Stuchlik P, Bu X, Kelly T. N, Mills K. T, He J, Systolic Blood Pressure Reduction And Risk Of Cardiovascular Disease And Mortality: A Systematic Review And Network Meta-Analysis. JAMA Cardiology, 2(7), 775-781, 2017.

Cifu S. A, Davis M. A, Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. JAMA, 318(21):2132-2134, 2017.

Cindaş A, “Principles Of Exercise Training For The Elderly”, Turkish Journal of Geriatrics 4 (2): 77–84, 2001.

Cohen J.B, Obezitede Hipertansiyon ve Kilo Vermenin Etkisi, Güncel Kardiyoloji Raporları, 19 (10), 1-8, 2017.

Çakır H, Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi, 2013.

Dağ İ, Kahraman S. Şanlıurfa ilinde hipertansiyon tanısı almış hastaların profilinin incelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg, 10: 683-689, 2019.

Davidson T. M, McGillicuddy J, Mueller M, Brunner-Jackson B, Favella A, Anderson A, et al. Evaluation of an mHealth Medication Regimen Self-Management Program For African American and Hispanic Un Controlled Hypertensives, J Pers. Med. ;5(4):389–405, 2015.

Davis L. L, Instrument Review: Getting The Most From Your Panel Of Experts. Applied Nursing Research, 5(4): 194-97, 1992.

Demirbağ B. C, Timur M, Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(1), 1-8, 2012.

Dikalov S, Itani H, Richmond B, Arslanbaeva L, Vergeade A, Rahman S. J, Dikalova, A, Tobacco Smoking Induces Cardiovascular Mitochondrial Oxidative Stress, Promotes endothelial dysfunction, and enhances hypertension, American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology, 316(3), H639-H646, 2019.

Ekim M, Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi, Bozok Medical Journal, 8(2): 80, 2018.

Ekinci F, Tuncel, B, Coşkun D. M, Akman M, Uzuner A, Günlük İlaç Hatırlatıcı Kısa Mesaj (SMS) Göndermenin Hipertansif Hastalarda Kan Basıncı Kontrolü ve İlaç Uyumu Üzerine Etkisi. Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi, 9(2), 2017.

Emre N, Edirne T, Özşahin A, Çakmak N. Ç, Barışkan A. Y, Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısıyla İlişkisi., Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 14(3): 436-442, 2020.

Erci, B, Elibol M, Aktürk Ü, Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 26(2), 79-92, 2018.

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

Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Sengül S, Ertürk S, Ulusoy S, Altun B, Arıcı M, Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II, 1–10, 20170.

Eryılmaz U, Akgüllü Ç, Aile Hekimliği Uygulamasında Hipertansiyon Tanı Süreci ve Yönetim, 2016.

George D, Mallery P, SPSS For Windows Step By Step. A Simple Study Guide And Reference, Boston M. A: Pearson Education, Inc, 10, 2010

Gandomani H. S, Habibi Z, Babadi M. E, Khosravi A, Impact of telenursing on Blood Pressure and Body Massindex of People with Prehypertension: A Randomized Controlled clinical Trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 26(6), 544-549, 2021.

Gürel A, Çeliker H, Aygen B, Doğukan A, ESH/ESC Tedavi Kılavuzları Işığında Arteriyel Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavi Stratejileri, F. Ü, Sağ. Bil. Tıp Derg, 27(3):153- 160, 2013.

Ha S. K, Dietary salt intake and hypertension. *Electrolytes and Blood Pressure*, 12(1), 7-18, 2014.

Hacıhasanoğlu R, İnandı T, Yıldırım A, Sağlam R, Erzincan'da Kırk Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavisi ve Kontrolü, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 13(5), 357-366, 2014.

Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S, The Effect Of Patient Education And Home Monitoring On Medical Compliance, Hypertension Managment, Healthy Lifestyle Behaviours And BMI A Primary Health Care Setting, *Journal of Clinical Nursing*, 20: 692-705, 2011.

Hintistan S, Çilingir D, Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1): 30-35, 2012. <https://tkd.org.tr/hipertansiyon-calisma-grubu/duyuru/3446/17-mayis-dunya-hipertansiyon-gunu-basin-aciklamasi>).

Ilgaz A, Özer Z, Hipertansiyonlu Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi: Sistematik Derleme, *MN Kardiyoloji*, 24(1), 31 – 41, 2017.

İnternet: “Türkiye Sağlık Araştırması, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim:24.02.2022).

İnangil D, Şendir M, Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 96-101, 2014.

Jones L.M, Rosemberg M.A, Wright K. Opportunities for the Advanced Practice Nurse to Enhance Hypertension Knowledge and Self-Management Among African American Women. *Clinical Nurse Specialist*, 31(6), 311-318,2017.

Jong X.J, Wang P.Q, Li S.J, et al. Garlic for hypertension: a systematic reviewand meta-analysis of randomized controlled trials. *Phytomedicine*. 22:352–61.2015.

Kardiyovasküler Akademi Derneği, 2015; website: <http://cardiovascularacademy.com>

Kaya A, Obezite ve hipertansiyon, *Turk J Endocrinol Metab* ;7(Suppl 2):13-21, 2003.

Kaya H, Atar N. Y, Eskimez Z, Hemşirelik Model ve Kuramları, In: Aştı TA, Karadağ A, Eds. Hemşirelik Esasları. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 79-94, 2012.

Kazem S, Shahriari M, Eghbali M, Comparing the effects of two methods of self-monitoring and telenursing on the blood pressure of patients with hypertension. J Res Health Sc, 5, 213-22, 2016.

Keçik M, Bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisinde ilaç uyuncu ve sağlık okur yazarlığının etkisi. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Derg, 2(1):5-15, 2021.

Keleş İ, Güncel Hipertansiyon, 2. Baskı, Akademi Uluslararası Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul.

Keleş S. B, Hipertansif Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi, Spor Hekimliği Dergisi, 48:119-130, 2013.

Kes D, Olgun N, Hipertansif Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumunu Artıran Girişimler: Sistemik Derleme, Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt 8, Temmuz-Aralık, 2016.

King K, ACSM's Exercise Testing and Prescription. M. P, Bayles, and A. M. Swank (Ed.), Physical activity and health, Philadelphia: Wolters Kluwer, (s. 36 – 68), 2018.

Kolcu M, Ergün A, Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü, HSP, 234-241, 2016.

Koruk E, Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyum ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Master's Thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2019.

Kotsis V, Grassi G, The enigma of obesity-induced hypertension mechanisms in the youth, J Hypertens, 34:191-1, 2016.

Kurt D, Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalara Verilen Öz Yönetim Desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimine Etkisi, 2020.

Lemogoum D, Challenge for Hypertension Prevention and Control World wide: The Time for Action. The Journal of Clinical Hypertension, 16(8), 554-556, 2014.

Leung A.A, Daskalopoulou S.S, Dasgupta K, McBrien K, Butalia S, Zarnke K.B, et al. Hypertension Canada's 2017 guide lines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(5):557-76, 2017.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force For the Management of Arterial Hypertension of The European Society of Hypertension (ESH) and of The European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*; 31: 1281-357, 2013.

Menon M, Shukla A, ‘‘Understanding Hypertension in The Light of Ayurveda’’, *J Ayurveda Integr Medicine*, s.1-6, 2017.

Metsar, Türk erişkinlerde metabolik sendrom prevalans. TKD XX. Ulusal Kongresi, Antalya, 2004.

Mills K. T, Stefanescu A, He J, The Global Epidemiology Of Hypertension, *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237, 2020.

Mohsen M. M, Riad N. A, Badawy A. E, Abd El Gafar S. E, Abd El-Hammed B. M, Eltomy E. M, Tele-Nursing Versus routine Out Patient Teaching For Improving Arterial Blood Pressure And Body Mass Index For Hypertensive Patients, *American Journal of Nursing Research*, 8(1), 18-26, 2020.

Moriyama M, Kazawa K, Jahan Y, Ikeda M, Mizukawa M, Fukuoka Y, Rahman M. M, The Effectiveness of Telenursing for Self-Management Education on Cardiometabolic Conditions: A Pilot Project on a Remote Island of Ōsakikamijima, Japan. *Journal of Primary Care and Community Health*, 12, 2021.

Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions For Enhancing Medication Adherence, *Cochrane Database Syst Rev*. 2014.

Oğuzülgen İ. K, Köktürk N, Işıkdogan Z, İ.K Çalış, *Tuberk Toraks*, 62 (2):101-7, 2014.

Onat A, Can G, Kaya A, Keskin M, Hayiroğlu M. I, Yüksel H, Algorithm For Predicting CHD Death Risk İn Turkishadults: Conventional Factors Contribute Only Moderately İn Women, *Anatol J Cardiol*, 17:436–44.2017.

Onat A, Can G, Yüksel H, TEKHARF 2017, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, Ed. Onat A, 2017. Logos Yayıncılık. İstanbul, 2017.

Öksüz E, Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi, *STED*, 13(3):98-100, 2004.

Öngen Z, Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, 18(2):4-7, 2005.

Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H, Geriatrik Hipertansifhastaların İlaç Tedavisine Uyumluları, *Medical Journal of Bakırköy*, 12(4), 195–201, 2016.

Özpancar N, Hipertansiyonu Olan Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi, 2013.

Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y, Kayseri İlinde 30 ve Üzeri Yaş Grubunda Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, *Erciyes Tıp Dergisi*, 33(3):219-228, 2011.

Pankova A, Kralikova E, Fraser K, Lajka J, Svacina S, Matoulek M, No Difference İn Hypertension Prevalence İn Smokers, Former Smoker Sand Non-Smokers Afterad Justing For Body Massindexandage: A Cross-Sectional Study From The Czech Republic, *Tobacco İnduceddiseases*, 13(1); 24, 20150, 2015.

Park Y. H, Chang H, Kim J, Kwak J. S, Patient-Tailored Self-Management İntervention For Older Adults With Hypertension İn A Nursing Home. *Journal Of Clinical Nursing*, 27:710-722, 2012.

Pazar B, Taştan S, İyigün E, Tele Sağlık Sisteminde Hemşirenin Rolü, *Bakırköy Tıp Dergisi*, Cilt 11, Sayı 1, 2015.

Rêgo M. L, Cabral D. A, Costa E. C, Fontes E. B, Hipertansiyonlu Bireyler İçin Fiziksel Egzersiz: Beyin ve Biliş Üzerindeki Faydalarını Vurgulamanın Zamanı Geldi. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*, 2019.

Ruangthai R, Phoemsapthawee J, Combined Exercise Training Improves Blood Pressure And Antioxidant Capacity In Elderly Individuals With Hypertension. Journal Of Exercise Science & Fitness, 17(2), 67-76, 2019.

Sağlam M, Boşnak-Güçlü M, İnce D. İ, Savcı S, Arıkan H, Hipertansiyon ve Egzersiz. Baskı, Ankara, Klasmat Matbaacılık, 9, 91-96, 2008.

SALTürk <http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf> (Erişim tarihi: 14.12.2021).

Samur G, Yıldız E, Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar: Hipertansiyon, Sağlık Bakanlığı Yayın, 2008.

Schulz, Krueger, Schuessel ve ark. Medication Adherence And Persistence According To Different Anti Hypertensive Drug Classes, 2016.

Serwe K. M, Hersch G. I, Pickens N. D, Pancheri K, Caregiver Perceptions of a Telehealth Wellness Program, Am J Occup Ther,71(4):7104350010,1-7104350010,5. [Crossref] [PubMed], 2017.

Sevinç S, Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli. Journal of Cardiovascular Nursing, 7:147-152, 2016.

Sevinen G, Hipertansiyonu Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi, 2019.

Slam M, Susic D, Frohlich E. D, Prevention of Hypertension, Current Opinion in Cardiology, 17, 531-536, 2020.

Souza-Junior V. D, Mendes I. A. C, Mazzo A, Godoy S, Application Of Tele Nursing In Nursing Practice: An Integrative Literaturereview, Applied Nursing Research, 29, 254-260, 2016.

Staessen J. A, Wang J, Bianchi G, Birkenhager W. H, Essential hypertension, The Lancet, 361(9369), 1629-1641, 2003.

Şahin N, Güner P. D, Dirican E, Yengil E, Özer C, Birinci Basamağa Başvuran Bireylerde Hipertansiyon Risk Faktörleri, Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg, 9(35):128-135, 2018.

Şendur M. N, Güven G. S, Güncel Klavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi 2011, 42:53-64, 2011.

Teke N, Arslan S, Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(2), 120-128, 2018.

Teo V. H, Teo S. H, Burkill S. M, Wang Y, Chew E. A, Ng D. W, Tang W. E, Koh G. C, Effects Of Technology-Enabled Blood Pressure Monitoring İn Primary Care: A Quasi-Experi Mental Trial. J Tele Med Tele Care, 2021.

Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M, Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. Turkish Social Cardiology Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 4(5), 30–34 2018 European Society of Cardiology / European Society of Hypertension: Current Approachesto Hypertensionand Treatment Strategies Akpolat T, Arık, N. Hipertansiyon Patogenezi, Hipertansiyon Bülteni, /W·t6', 1992.

Tümer A, Dereli F, Demir Uysal D, Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri, 2016.

Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103, 2000 (Erişim:17.10.2021).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018.<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> (Erişim Tarihi: 23.02.22).

Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012, www.tuik.gov.tr (Erişim: 12.01.2022).

Türkmen E, Badır A, Ergün E, Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 2012.

Unger T, International Society Of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines, Journal Of Hypertension 2020; 38 (6): 982-1004, 2020.

Ünsal B, Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2013.

Vatansever Ö, Ünsar S, Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 5(8): 66-74, 2014.

Verma N, Rastogi S, Chia Y. C, Siddique S, Turana Y, Cheng H. M, Kario K, Non-Pharmacological Management Of Hypertension. The Journal Of Clinical Hypertension, 23(7), 1275-1283, 2021.

Weber M. A, Schiffrin E. L, White W. B, Mann S, Lindholm L. H, Kenerson J. G, Of Hypertension In The Community: A Statement By The American Society Of Hypertension And The International Society Of Hypertension. J Clin Hypertension, 16(1):14–26, 2014.

Whelton P. K, Carey R. M, Aronow W. S, Casey D. E, Collins K. J, Himmelfarb C. D, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 24430, 2017.

WHO Hypertension Fact Sheet Web Site; <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension> (Erişim 01.12.21).

WHO/ISH, Hipertansiyon Tedavi Klavuzu. 1999.

Williams B, Mancia G, Spiering W, AgabitiRosei E, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH Guide Lines For The Management Of Arterial Hypertension. EuropeanHeart Journal; 39(33):3021-104, 2018.

Williams, B, Mancia G, Spiering W, Agabitirosei E, Azizi M, Burnier M, et. al. 2018 ESC/ESH Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension, European Heart Journal, 39(33), 3021-3104, 2018.

Wiyonge C. S, Bradley H. A, Volmink J, Mayosi B. M, Mbenin A, Opie L. H, Cochrane Database Syst Rev: CD 002003.14.11.2012.

World Health Organization report on the global tobacco epidemic, Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2017, (Erişim: 12 Aralık 2021).

World Health Organization, Global Status Report on Non Communicable Diseases 2014. Geneva, 1-264, 2014.

World Health Organization, Newsroom: Non-Communicable Diseases, 2018.

Yıldırım N, Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü, Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 305-315,2021.

Zhou B, Bentham J, DiCesare M, Bixby H, Danaei G, Ezzati M. World wide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooledanalysis of 1,474 population-based measurement studies with 19.3 millionparticipants. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Lancet 2016; 387:1513-30.

Zipes D. P, Libby P, Bonow R. O, Braunwald E, A Textbook of CardiovascularMedicine. Kalp Hastalıkları Cilt 1, 7th ed, Çeviren: Aslanger E, şirinoğlu I, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. şti. İstanbul, p.959-989, 2008.

Zungur M, Yıldız A, Hipertansif Hastaya Yaklaşım. Sted, 13(8): 297-303,2004

10.EKLER

Ek 1: Hasta Tanılama Formu

I. Sosyodemografik Özellikler

1-Yaş

2- Boy: Kilo:

3-Cinsiyet

1) Kadın 2) Erkek

4-Eğitim Durumu

1) Okur-Yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite

5-Medeni Durum

1) Evli 2) Bekar

6-Çalışma Durumu

1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

7-Çalışma Statüsü

1)Ev Hanımı 2) Memur

3)İşçi 4) Serbest Meslek

5)Emekli 6) Diğer.....

8-Sosyal Güvencesi

1)Var 2) Yok

II-Hastalık Durumuna İlişkin Değişkenler:

11-Hipertansiyon tanısının konulma süresi nedir?

12-Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon) dışında başka hastalığınız var mı?

1)Evet 2) Hayır

13-Sigara Kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

14) Alkol kullanıyor musunuz?

2) Evet 2) Hayır

15-Tansiyonunuzu hangi sıklıkla ölçersiniz?

1)Her gün

2) Haftada birkaç kere

3) Ayda bir

4) Diğer...(Hipertansiyon belirtileri ortaya çıkınca, sağlık kuruluşuna gittikçe,yoğun stres yaşıyınca gibi).

III. Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Belirtiler

16-Hipertansiyona (Yüksek Tansiyon) ilişkin gelişen belirti/sorunlar var mı?

1) Evet 2) Hayır

17- Hipertansiyona (Yüksek Tansiyon) ilişkin gelişen belirti/sorunlar varsa açıklayınız?

Baş ağrısı () Ensede Ağrı () Sinirlilik () Burun Kanaması ()

Baş dönmesi () Uykusuzluk () Kulak çınlaması-uğultusu ()

Görme kaybı () Bulanık görme () Böbrek yetmezliği () Bacaklarda şişlik ()

Çarpıntı () Göğüs ağrısı () Nefes darlığı ()

Ek 2: Hipertansif Hasta İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu

Tansiyon ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?

	HİÇ EMİN DEĞİLİM	BİRAZ EMİNİM	EMİNİM	ÇOK EMİNİM
1. Evde meşgul olduğunuzda				
2. Size hatırlatacak birisi olmadığında				
3. Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde				
4. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde				
5. Ailenizle beraber olduğunuzda				
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda				
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde				
8. Seyahatlerde				
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde				
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde				
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde				
12. Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda				
Aşağıdaki işlemi her zaman yapabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz? 13. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan				

Ek 3: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2. Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3. Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.			
4. Koroner kalp hastalığı önlenabilir.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenabilir nedeni sigaradır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahr, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.			
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			

27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			



Ek 4: Telefon İzlem Planı Formu

Telefon Görüşmesi Planı	
Ad:	
Soyad:	
İletişim No:	
1.Aşama: Hastanın hipertansiyon yönetimi ve karşılaştığı sorunlar sorgulanıp ihtiyaç doğrultusunda bilgilendirilecek (5 dk.).	
Görüşme yapmak için uygun musunuz?	
Son zamanlarda hipertansiyona bağlı bir şikayetiniz oluştu mu?	
Son birkaç gündür kan basıncınızın ortalama değerleri nelerdir?	
Hastalık kontrolünde kendinizi zorlanmış hissettiğiniz bir durumla karşılaştınız mı?	
2. Aşama: Eğitim planı çerçevesinde uygun konu hakkında eğitim verilecek (5-10 dk).	
1.Görüşme	Kan Basıncı Kontrolü ve Takibi, Kontrol Dışı Kan Basıncı Yüksekliğinde Yapılması
Tarih:	Gerekenler
2.Görüşme	İlaçların Düzenli Kullanımının Önemi
Tarih:	
3.Görüşme	Hipertansiyonda Beslenme ve Kilo Kontrolünün Önemi
Tarih:	
4.Görüşme	Hipertansiyonda Hareket ve Egzersizin Önemi
Tarih:	
5.Görüşme	Hipertansiyonda Sigara ve Alkol Tüketiminin Kan Basıncına Etkisi
Tarih:	
6.Görüşme	Hipertansiyonda Stres Yönetiminin Önemi
Tarih:	

*Eğitim bir ay sürede altı gün arayla olmak üzere planlanmıştır.

Ek 5: Eğitim İçeriği

HİPERTANSİYON İLE SAĞLIKLI YAŞAM

HAZIRLAYAN; BETÜL BELĐİN KAYA

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ



1.TANSİYON NEDİR?

Damarın içindeki kanın damar duvarına yaptığı yüksek basınca hipertansiyon denir. Hipertansiyonda büyük ve/ ya da küçük tansiyon normalden fazladır. Yüksek tansiyon bazı kişilerde hiçbir belirtiye yol açmayabilir ve kişinin günlük yaşamını sürdürmesine bir engel teşkil etmeyebilir. Hasta uzun yıllar hipertansiyon sorunu olduğunu bilmeden yaşamına devam edebilir. Hipertansiyon; uzun süre belirti vermeden böbrek, beyin, kalp ve damar sistemine verebileceği hasar nedeniyle 'sessiz katil düşman' olarak da anılmaktadır. Yüksek tansiyon nedeniyle organları besleyen damarlarda tıkanma, genişleme veya yırtılma meydana gelebilir. Yüksek tansiyon organlara giden kan akışını bozarak organ yetmezliklerine neden olabilir. 'Yüksek tansiyon', mutlaka uzman kontrolünde takip edilmelidir.

2. TANSİYON ÖLÇÜMÜNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER?

Kan basıncı tansiyon aleti ile ölçülür. Tansiyonun doğru ölçülmesi için şu noktalara dikkat edilmesi gerekir:

- Ölçümden kısa süre önce sigara veya kahve içilmemiş olmalı. Ölçümden önceki yarım saat içerisinde egzersiz yapılmamış olmalıdır.
- Kişi dinlenmiş olmalı. (Ölçüme kişi sessiz bir odada 5 dakika istirahat ettikten sonra başlanılmalı.)
- Ölçüm sırasında manşon kalp seviyesinde tutulmalı.
- Ölçüm cihazının manşonu uygun boyutta olmalı.

Çoğu hasta hipertansiyonu olduğunu farkında değildir ve tedavi olmamaktadır. Baş ağrısı, baş dönmesi, burun kanaması ve yorgunluk gibi semptomları göz ardı eder. Hipertansiyon, sıklıkla kan basıncı taramalarında ya da bir hastalık sonucunda tespit edilir. Genellikle hipertansiyon belirtileri ortaya çıktığında, hastalık ileri evrede olduğunda, bazı hastalar bulanık görme ve kulak çınlaması bildirmiştir.

Çoğu hasta hipertansiyonu olduğunu farkında değildir ve tedavi olmamaktadır. Baş ağrısı, baş dönmesi, burun kanaması ve yorgunluk gibi semptomları göz ardı eder. Hipertansiyon, sıklıkla kan basıncı taramalarında ya da bir hastalık sonucunda tespit edilir. Genellikle hipertansiyon belirtileri ortaya çıktığında, hastalık ileri evrede olduğunda, bazı hastalar bulanık görme ve kulak çınlaması bildirmiştir

Yüksek tansiyonun en çok etilediği organlar; kalp, beyin, böbrekler, büyük atardamarlar ve gözlerdir. Hipertansiyon bu organları etkileyerek uzun süre içerisinde kalıcı sakatlıklara ve ölümlere yol açabilir. Tansiyon yüksekliği kalbin iş yükünü artırır ve atar damarlarda geri dönüşü mümkün olmayan zararlara yol açar. Zaman içerisinde özellikle atar damarlarda tahribat oluşur.

-Kalp yetmezliği, kalp büyümesi, kalbi besleyen damarlarda daralma (koroner arter darlığı), kalbi besleyen damarlarda tıkanma (kalp krizi)

-Beyin kanaması, felç, beyin damarlarında daralma ve tıkanma

-Böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarında bozulma

-Görme azalması ve körlük

-Büyük atardamarlarda genişleme, bu genişlemelerin yırtılması, bu damarlarda tıkanma. Bunların sonucu, kangren veya ani kanamalara bağlı ölüm

-Felç yani inme

-Boyun ve bacak damarlarında tıkanma

5. HİPERTANSİYON KONTROLÜ VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI

5.1. Hipertansiyonda Beslenme

Hipertansiyona neden olan önemli risk faktörlerinden birisi fazla kilodur. Aşırı kilo ile hipertansiyon arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda aşırı kilolu bireylerin hipertansiyon risklerinin, aşırı kilolu olmayan bireylerden üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Beden ağırlığı olması gerekenin %20 üzerinde olanlarda hipertansiyon sıklığı normal ağırlıktakilerin ortalama iki katıdır. Özellikle bel/kalça oranı kan basıncı ile önemli oranda ilişkilidir.

Hipertansiyonu olmayan bireylerde hipertansiyon gelişmesini önlemek veya hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürmek için; normal beden ağırlığının korunması, kilolu bireylerde ise normal beden ağırlığına inilmesi gerekir. Fazla kiloların verilmesi kolay olmamakla birlikte, gerçekleştirilebilir ve korunabilirse kan basıncında önemli ölçüde düşme sağlayabilmektedir.

5.2. Hipertansiyonda Egzersiz

Yüksek Tansiyon ilaçlar ile kontrol altına alınduktan sonra, egzersiz uygulanmaya başlanabilir. Düzenli yapılan egzersiz kullanılan ilacın dozunu azaltabilir (doktor kontrolünde). Kalp hastalığı, kronik hastalık, stres oluşumu riskini azaltır, kilo vermeye yardımcı olur. Yaşam kalitesini artırmaya faydalıdır ve düzenli egzersiz kan basıncını azaltır. Aerobik aktiviteler, yürüyüşler, yüksek kan basıncınızı kontrol etmenizi sağlar. Hipertansiyon hastalarına kalbi yormayan nefes alışverişinin ve kalp atım sayısının dinlenme durumundaki düzeyin biraz üzerinde olduğu az çaba gerektiren egzersizler önerilmektedir; Yavaş yürüyüş, ev işleri gibi.

5.3. Hipertansiyonda İlaç Kullanımının Önemi

Hipertansiyonda ilaç kullanımı doktorun uygun bulduğu miktarda ve düzende sürdürülmelidir. Hastalar ilaç kullanımını idrara çıkarması, kendini iyi hissettiği, çoklu ilaç kullanımına bağlı unuttuğu, ya da ömür boyu ilaç kullanımı korkusuyla terk edebilmektedir. Hipertansiyon hayat boyu devam eden kronik bir hastalıktır. İlaçların düzenli kullanımı hipertansiyonun ölüm riskini ya da başka komplikasyon riskini

önlemektedir. Hastalar ilaç kullanımı konusunda yaşadıkları sorunları dikkate almalı ve sağlık profesyonellerinden yardım istemelidir.

5.4. Sigara Kullanımı

Sigara içiminin bırakılması, hipertansiyonda kullanılan ilaç tedavisine karşı direncin önlenmesi ve kalp-damar hastalıkları risklerinin azaltılması için gereklidir. Sigara içimi sonrası 15-30 dakika devam eden ani kan basıncı yükselmesi olur. Sigara bırakma tedavi yöntemleri, 1970 yılı itibari ile, 300'ün üzerindedir. Tedavi yöntemleri, şu şekilde sıralanır;

- Grup terapileri ile sigarayı bırakma,
- Hipnoz,
- Kendi kendine sigarayı bırakma,
- Akupunktur yöntemi ile sigarayı bırakma,
- Nikotin sakızı ve bandı ile sigarayı bırakma,
- İlaç kullanarak sigarayı bırakma,

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuş olan sigara bırakma poliklinikleri bulunmaktadır. Telefon ile randevu alan hasta geldiğinde bazı formları doldurduktan sonra görüşmeye alınır. Görüşmeler 30-60 dakika sürer. İlk 3 ay daha sık olmak üzere hastalar bir yıl boyunca takip edilirler. Alo 171 üzerinden bağlantı kurularak en yakın sağlık kurumundan randevu almak mümkündür.

5.5. Hipertansiyonda Stres Yönetimi

Psikolojik etmenler, kişilik özellikleri ve duygusal stres, sağlıklı yaşam tarzı niteliklerini azaltarak hipertansiyon ve kalp damar hastalıkları için risk oluşturur. Ani gelişen stres ve kaygı, kan basıncını yükseltebilir. Ancak daha tehlikeli olan stres ve kaygı durumunun kalıcı ve sürekli oluşturur. Bu da hipertansiyon kontrolünü ve tedavisini

zorlaştırır. Stres kontrolü yetersiz kişilerde basit bir ruhsal travma, endişe, korku ve heyecan oluşumu, kan basıncını bir hayli yükseltebilir. Stres ile mücadelede gerektiğinde bir hekimen yardım almak hipertansiyon tedavisinin başarısında önemli rol oynayabilir. Stresten korunmak için;

- Yememin ölçüsünü kaçırmadan beslenmemeye dikkat edilmedir.
- Stresten kurtulmak için alkol ve gıda tüketimi kontrol altında tutulmalıdır.
- Sigarayı bırakılmalıdır. Sigara içdiği uyarılarla stresi tetikler.
- Düzenli egzersiz yapılmalıdır. Özellikle düşük tempolu egzersizlerle başlanılmalıdır. Kişinin kendisine her gün mutlaka dinlenmek için zaman ayırması gerekmektedir.
- Denetim altında tutabileceğiniz ve yapabileceğiniz sorumluluklarınızı bilmek stresi kontrol altında tutar.
- Stres nedenlerini tespit ederek azaltmak kan basıncını kontrolde tutmaya yardımcı olur.
- Yeterince dinlenin. Uygun bir diyet ve egzersizle dinlenme olmadan stresle mücadele edemezsiniz.

YAPILAN HATALAR;

- Tansiyon düşürücü ilaçları bir süre kullanıp bırakmak.
- Komşu ve arkadaş tavsiyeleriyle ilaç almak ya da ilaçları bırakmak
- Hastaların kendilerini rahatsız eden baş ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı gibi yakınmalar ortadan kalkınca tedaviyi gevşetmesi ya da bırakması.
- Bünyem yüksek tansiyona alışmış diyerek yüksek tansiyonu ciddiye almamak
- Kan basıncı kontrol altına alınan hastanın, ilacı bırakarak deneme yöntemi kullanılması.
- Kan basıncı yüksekliğini sadece strese bağlayıp tansiyon ilacını kullanmamak
- Yaşam tarzı değişikliklerini oluşturamamak,

KAYNAKLAR

Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, TurkKardiyolDernArs, 47(6):535-546, 2019.

“Complete Food and Nutrition Guide. John Wilwy& Sons Inc. New Jersey”10.17681/hsp.23573; 15(1): 17-21, 2011.

Aygen, B, Alkol tüketiminin hipertansiyon üzerine etkileri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 22 (2).134-137, 2015.

Barbosa AR, Munaretti DB, Coqueiro RS, Borgatto AF. Anthropometric indexes of obesity

Demirel H,Kayhan H, Türk Fiziksel Aktivite Rehberi, 7:35-6, 2014.

Duyff RL. Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi “ The American Dietetic Association’s

Ekim M, Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi,8:2:80-85, 2018.

Food Chemistry 2001;72:145-71.

Kayıkçıoğlu M, Özdoğan Ö. Beslenme ve kardiyovasküler sağlık:2015 Amerikan diyet kılavuzu önerileri. Turk Kardiol Dem Ars , 43(8):667-672, 2015.

Kongre Kitabı 1, Dicle Üniversitesi Basımevi, 94-100, 2002.

Re RN. Obesity-related hypertension. Ochsner J. 2009; 9(3):133– 136.

Sağlam ve ark. Hipertansiyon ve Egzersiz, sağlık bak.2008, Ankara.

Akça, Yıldız S.E, Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumlarında Eğitimin Etkisi. Kafkas Journal of Medical Sciences, 9(2):117-124, 2019.

Ek 6: Davies Tekniğine Göre Kapsam Geçerliği Değerlendirmesi

	Tamamen Uygun	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil
Eğitim İçeriğinin Doğruluğu				
Eğitim İçeriğinin Anlaşılabilirliği				
Eğitim İçeriğinin Açıklığı				
Eğitim İçeriğinin Uygunluğu				



Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma oral kemoterapi kullanan hastalara uygulanan telefonla izlemin semptom düzeyi, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılacak kişinin katılımı tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gönüllü istediği zaman çalışmadan çekilmekte özgürdür ve bu durumdan dolayı herhangi bir cezai yaptırım uygulanmayacaktır. Çalışmaya katılmasından dolayı da hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılan hastalar belirli aralıklarla telefonla aranarak çalışma gerçekleştirilecektir. Bu görüşmeler 10-15 dakika civarında olacaktır. Paylaştığınız bilgiler, kimliğiniz gizli tutularak eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Bu sebeple vereceğiniz bilgiler doğru ve güvenilir olmak zorundadır.

"Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

Gönüllünün:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Telefon:

Araştırmacının:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Ek 8: Hipertansif Hastalarda İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu İzin Talebi

Belgin K

15 Ocak

Merhabalar Hocam, Medipol Üniversitesinde yüksek lisans tezi yapmaktayım.İzniniz olursa geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz İlaç Tedavisine Ba

Prof.Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR <[REDACTED]>

17 Ocak Paz 15:13

Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Ölçek "Hipertansif Hastalarda İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu"

Siz bu grupta çalışacaksanız ölçeği kullanabilirsiniz.

Sevgiler

Prof. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

Yalova Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Yalova/Türkiye

Ek 9: KARRİF-BD Ölçek İzin Talebi

Ölçek İzni

Gelen Kutusu x



Belgin K 
Alıcı: inci.anikan

3 Nisan Paz 14:45 (3 gün önce) ☆ ↻

Sayın İnci Ankan Hocam;
Medipol Üniversitesinde hemşirelik yüksek lisans programında olan bir öğrenciyim. İzniniz olursa "Hipertansiyon Hastalarında Telefonla İzlemin İlaç Uyumuna , Kan Basıncına ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine Etkisi" isimli çalışmamda kullanmak üzere KARRİF-BD ölçeğini kullanmak istiyorum. Saygılarımla;

İnci Ankan 
Alıcı: ben

4 Nisan Pzt 13:26 (2 gün önce) ☆ ↻

Merhabalar Belgin hanım;

Ölçeği kullanabilirsiniz, ilgili bilgiler ektedir.
Çalışmalarınızda kolaylıklar, sağlıklı günler dilerimle...

Doç.Dr. İnci Ankan
KSBÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı

Ek 11: Hasta Memnuniyet Düzeyi Anketi

Katıldığınız araştırma için memnuniyet düzeyinizi incelemek amacıyla soruları 0-10 arasında puanlamanız gerekmektedir. Puanlamada 0 en düşük memnuniyeti ifade ederken 10 en yüksek memnuniyeti ifade etmektedir.

0 ————— 10

1. Katıldığınız çalışmadan memnuniyet oranınızı 0-10 puan arasında derecelendiriniz (...).
2. Çalışmada iletişim aracı olarak telefon kullanımını 0-10 puan arasında derecelendiriniz (...).



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-772.02-5022
Konu : Etik Kurulu Kararı

12/02/2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon İle İzlemin İlaç Uyumu, Kan Basıncı ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine Etkisi.” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVUR U BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Telefon İle İzlemin İlaç Uyumu, Kan Basıncı ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine Etkisi.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNYANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUŞAL	ULUŞLARARASI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol	☒	☐	☐	☒	☒	☐	Uygundur

Sayfa 1

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

		Üniversitesi							
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	Uygundur

* :Toplantıda Bulunma

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri
Bilge KAYA