

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERDE
KARDİYOVASKÜLER RİSK VE ÖZ ETKİLİLİK
DÜZEYİNİN RİSK FARKINDALIĞINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZGE SARIYAR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK

BOLU, TEMMUZ -2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Özge SARIYAR tarafından hazırlanan “**HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER RİSK VE ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNİN RİSK FARKINDALIĞINA ETKİSİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 10/07/2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Dr. Öğr. Üyesi Şeyma DEMİR ERBAŞ
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ
Düzce Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 03/08/2023 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %23 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2022/185 sayısı ile 05/07/2022 tarihinde etik izin alınmıştır.

ÖZGE SARIYAR

ÖZET

HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER RİSK VE ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNİN RİSK FARKINDALIĞINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZGE SARIYAR

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, TEMMUZ -2023

XI + 63

Hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler hastalık riski ve öz-etkililik düzeyinin kardiyovasküler risk farkındalığına etkisini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Dahili Klinikleri'nde çalışmanın yapıldığı süre içerisinde yatarak tedavi alan hipertansiyon tanısı olan bireylerden oluşmaktadır. Örneklem sayısı güç analizi ile belirlenmiştir. Orta etki büyüklüğüne ($w=0.28$) sahip olduğu varsayıldığında %80 güç ile örneklem hipertansiyon tanılı en az 164 kişi hipertansiyon tanılı birey alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır dahil edilme kriterlerini karşılayan 168 birey oluşturmuştur. Veriler; Birey Tanıtım Formu, Framingham Risk Modeli, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Katılan bireylerin %60.1'i erkek, %39.9' u kadındır. Yaş ortalamaları 57.63 ± 6.47 yıldır. Yüzde 44'ü kronik hastalığa sahip olup, en çok görülen kronik hastalık diyabettir. İlaç kullananların öz etkililik düzeyleri yüksek ve kardiyovasküler risk düzeyi düşüktür. Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi en düşük astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, en yüksek ise ritim bozukluğu ve diyabet hastalıklarında olduğu görülmüştür. Bireylerin kardiyovasküler risk düzeylerine göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanları arasında fark yoktur. Kardiyovasküler risk düzeyi düşük ve orta olan hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri, kardiyovasküler risk düzeyi yüksek olan hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeylerinden yüksektir. Kardiyovasküler risk düzeyi arttıkça, kardiyovasküler risk puanları artış göstermiştir.

ANAHTAR KELİMELELER: Hipertansiyon, Kardiyovasküler Risk, Öz Etkililik, Farkındalık, Hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECT OF CARDIOVASCULAR RISK AND SELF-EFFICACY LEVEL ON RISK AWARENESS IN INDIVIDUALS WITH HYPERTENSION

MASTER'S THESIS

ÖZGE SARIYAR

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

GRADUATE EDUCATION INSTITUTE

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR: ASSOC. DR. SAADET CAN CİCEK)

BOLU, JULY 2023

XI + 63

This is a descriptive study conducted to examine the effect of cardiovascular disease risk and self-efficacy level on cardiovascular risk awareness in individuals with hypertension.

The population of the study consists of individuals with a diagnosis of hypertension who received inpatient treatment at Bolu Abant İzzet Baysal University İzzet Baysal Training and Research Hospital Internal Clinics during the study period. The sample size was determined by power analysis using the G Power 3.1.9.4 program. Assuming that it has a medium effect size ($w=0.28$), it was concluded that at least 164 individuals with hypertension should be included in the sampling with 80% power. It was concluded that 168 individuals who met the inclusion criteria were included. Data; It was obtained by using the Individual Identification Form, Framingham Risk Model, Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level, and Hypertension Self-Efficacy Scale. 60.1% of the participants were male and 39.9% were female. The mean age is 57.63 ± 6.47 years. 44 percent of them have chronic diseases and the most common chronic disease is diabetes. Drug users have high self-efficacy levels and low cardiovascular risk levels. It was observed that individuals with hypertension had the lowest knowledge level of cardiovascular disease risk factors in asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and the highest in rhythm disorders and diabetes. There is no difference between the total scores of cardiovascular disease risk factors knowledge level according to the cardiovascular risk levels of the individuals. Hypertension self-efficacy levels of individuals with hypertension with low and moderate cardiovascular risk level are higher than hypertension self-efficacy levels of individuals with hypertension with high cardiovascular risk level. As the level of cardiovascular risk increased, cardiovascular risk scores increased.

KEYWORDS: Hypertension, Cardiovascular Risk, Self-Efficacy, Awareness, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	x
TEŞEKKÜR.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL GİLGİLER.....	44
2.1 Hipertansiyon Tanımı	4
2.2 Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	4
2.3 Hipertansiyon Patofizyolojisi.....	5
2.4 Hipertansiyon Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.4.1 Yaş.....	5
2.4.2 Cinsiyet.....	5
2.4.3 Sigara.....	6
2.4.4 Fiziksel Aktivite.....	6
2.4.5 Tuz.....	6
2.4.6 Obezite.....	6
2.4.7 Genetik faktörler	7
2.4.8 Alkol tüketimi	7
2.4.9 Stres.....	7
2.4.10 Diyabet	8
2.5 Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	8
2.5.1 Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması....	8
2.5.2 Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflandırılması.....	8
2.5.2.1 Primer Hipertansiyon.....	8
2.5.2.2 Sekonder Hipertansiyon.....	9
2.6 Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular.....	9

2.7 Hipertansiyon Komplikasyonları	9
2.8 Hipertansiyon ve Myokard İnfarktüsü.....	9
2.9 Hipertansiyon Tedavisi	10
2.10 Farmakolojik Olmayan Tedaviler.....	11
2.11 Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	11
2.11.1 Sigara tüketimi	11
2.11.2 Düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite	12
2.11.3 Alkol tüketimi	12
2.11.4 Kilo yönetimi	12
2.11.5 Stres yönetimi	12
2.11.6 Beslenme	12
2.12 Hipertansiyon İlaç Tedavisi	13
2.13 Hipertansiyonda Yönetiminde Hemşirenin Rolü	13
2.14 Hipertansiyon Tedavisinde Öz-etkililik.....	15
2.15 Kardiyovasküler Hastalık Kavramı ve Önemi	15
2.16 Kardiyovasküler Hastalıklar Bilgi Düzeyi ve Önemi.....	16
2.17 Kardiyovasküler Risk Farkındalığı.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1 Araştırmanın Tipi	18
3.2 Araştırmanın Varsayımları ve Hipotezleri.....	18
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.6 Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	18
3.7 Veri Toplama Araçları ve Yöntemi.....	19
3.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	20
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.10 Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. KAYNAKLAR	46
8. EKLER.....	56

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1.	2017 ACC/AHA hipertansiyon kılavuzu sınıflaması.....	8
Tablo 2.2.	Total KVH Riskini Artıran Kan Basıncı Yüksekliği Dışındaki Faktörler.....	10
Tablo 3.10.1	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeğine (HÖEÖ) Ait Çarpıklık Değerleri.....	22
Tablo 4.1.1.	Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 4.1.2.	Katılımcıların Hipertansiyonla İlişkili Özellikleri	26
Tablo 4.2.1.	Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	27
Tablo 4.3.1.	Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.3.2.	Katılımcıların Hipertansiyona Ait Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.4.1.	Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Düzeylerine Göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.4.2.	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	32
Tablo 4.4.3.	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri Üzerine Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeylerinin Etkisine Yönelik Basit Regresyon Analizi Sonuçları.....	32

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC/AHA	: American Society of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Derneği)/ American Heart Association (Amerika Kalp Birliği)
ADE	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
AKB	: Arteriyel Kan Basıncı
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Dansiteli Lipoprotein)
HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan Basıncı
KD	: Kardiyak Debi
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük Dansiteli Lipoprotein)
MI	: Myokard İnfarktüsü
NCEP ATP	: National Cholesterol Education Program (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı)
NHLBI	: National Heart, Lung, and Blood Institute (Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü)
PVD	: Periferik Vasküler Direnç
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TEMED	: Türkiye Endokrin Metabolizma Derneği

TEŞEKKÜR

Öncelikle gerek yüksek lisans eğitimim sırasında ve bu çalışmanın her aşamasında her daim benden yardımlarını esirgemeyen, yoğunluğuna rağmen bana her zaman vakit ayıran, değerli bilgi ve tecrübeleri ile rehberlik eden danışman hocam Doç Dr. Saadet CAN ÇİÇEK'e,

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen, her daim destek olan kadim dostlarım başta karma servis sorumlu hemşiresi Nazlı Ayyıldız Coşkun, Büşra Mermer, Elif Aslan, Elif Gürbüz'e

Araştırmayı kabul eden katılımcılara,

Her daim sabır, anlayış ve özveri ile bana tam destek veren ve yanımda olan başta sevgili annem, ablam ve eşime,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Özge SARIYAR

1. GİRİŞ

Tansiyon, damar içerisinde akan kanın damar duvarına yaptığı basınç olup, hipertansiyon ise arter sisteminde olan kan basıncının sürekli yüksek olmasıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; her 5 kadından 1'i ve her 4 erkekten 1'inde olmak üzere Dünya'da 1.13 milyar kişinin hipertansiyon tanısına sahip olduğu belirtilmektedir. Hipertansiyon Dünya çapında erken ölümlerin nedenlerinden biridir. Aynı zamanda koroner arter hastalığı, beyin, böbrek ve diğer hastalıkların görülme riskini artıran ciddi bir durumdur. Hipertansiyon yükü, vakaların üçte ikisinin bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde, büyük ölçüde son yıllarda bu popülasyonlarda artan risk faktörlerine bağlı olarak orantısız bir şekilde hissedilmektedir (2).

Hipertansiyonu olan yetişkinlerin tahminen %46'sı bu duruma sahip olduklarının farkında olmayıp, yarısından azı (%42) tanılanmış ve tedavi almaktadır. Bununla birlikte hipertansiyonu olan beş yetişkinden yaklaşık biri (%21) bu durumu kontrol altına almaktadır. Tüm bu nedenlerle bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik küresel hedeflerden biri, 2010 ve 2030 yılları arasında hipertansiyon prevalansını %33 oranında azaltmaktır. Ülkemizde kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili Sağlık Bakanlığının yürütmüş olduğu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışmasında yanlışlık riski düşük ve yürütülmüş büyük örneklemelere sahip, altı çalışmanın metaanaliz raporuna göre hipertansiyon prevalansı %31.2 bulunduğu belirtilmiştir (3). Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre ölüm nedenleri arasında ilk sırada %36.8 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır. Dolaşım sisteminden dolayı meydana gelen ölümlerin de %39.1'ini iskemik kalp hastalığı, %25.7'sini diğer kalp hastalıkları, %22.2'sini serebrovasküler hastalıklar, %7.9'unu hipertansif hastalıklar oluşturmaktadır (4).

Hipertansiyon risk faktörleri incelendiğinde; yaş, obezite, diyabet, aile öyküsü, tütün ve alkol kullanımı, ırk gibi hem davranışsal hem de genetik faktörlerin yer aldığı görülmektedir. İnsidansı erişkinlerde yaş ilerledikçe artmakta olup asemptomatik olduğunda kontrolü ve tespiti zor olmaktadır. Kontrol altına alınmadığında bireylerde günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta, kronik hastalık psikolojisi yaratmakta ve kişinin yaşam şeklini değiştirmesini etkilediği için yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (5). Kolesterol düzeyinin yüksek olması,

diyabet, obezite gibi metabolik risk faktörleri hipertansiyonun kalp hastalığı, böbrek yetmezliği ve inme gibi hastalıkların artışı da artırmaktadır. Hipertansiyon yönetiminde kan basıncı kontrolü, ilaç tedavisine uyum ve yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir. Kontrol altına alınması ile hastalıkla ilgili semptomların yaşanması azaltılarak yaşam kalitesi artırılabilir (6). Hareketli yaşam, ideal vücut ağırlığı, tuz ve doymuş yağlardan fakir diyet, stresten uzak olma, alkol ve sigara kullanmama gibi davranışlar kontrolün sağlanması için önemli yaşam tarzı davranışlarıdır (7). Hastaların herhangi bir semptomu olmamasından dolayı hastalığı kabullenmeleri, tedaviyi yanlış algılamaları, ilaçların beklenmeyen yan etkileri ve hastanın tedaviye isteksiz davranması gibi bilgi düzeyinde olan eksiklikler nedeniyle tedaviye uyumları da zor olmaktadır (8).

Hipertansiyonun etkili şekilde tedavi edilememesi veya farkına varılamaması nedeniyle bireyler önlenemez ancak diğer yandan da ölüme neden olabilen koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı, iskemik ve hemorajik inme ve görme bozukluğu gibi hastalıklarla karşılaşmaktadır (9). Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) sadece yüksek ölüm oranlarından sorumlu değildir. Orta yaşta ve erken yaşlılık döneminde sağlık maliyetlerinin önemli düzeyde artmasına ve üretkenliğin kısıtlanmasına da sebep olmaktadır (10). KVH için; cinsiyet, yaş, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü kontrol edilemeyen risk faktörleri olduğu gibi; hipertansiyon, sigara ve alkol kullanımı, diyabet, obezite, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ise kontrol edilebilen risk faktörlerindendir (11). Bununla birlikte erken müdahale ile KVH'nın gelişmesi engellenebilmektedir. Erken müdahale için yaşam biçimi ve davranışların değiştirilmesi önemlidir. Bu noktada riskler ve riskleri önleme konusunda yeterli bilgiye sahip olmak oldukça önemlidir. Çünkü yetersiz bilgi yetersiz motivasyona neden olacağı için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine engel oluşturmaktadır (12).

Yapılan bazı araştırmalarda KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkındaki bilgi düzeyleri orta düzeyde bulunmuş bilgi düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı görülmüştür (12, 13). KVH'dan korunmada yaklaşım risk faktörleri dikkate alınarak genel riskin azaltılmasına yönelik olmalıdır (13). Egzersiz, sigara ve alkol kullanımını bırakma, kilo kontrolü, kan basıncı takibi gibi birçok sağlık davranışları konusunda yarar sağlayan öz etkililik algısı kronik hastalıkların kontrolü için de çok önemli rol üstlenmektedir (14).

Öz etkililik, belirli bir sonuca varmak için gerekli eylemlere başlayıp sürdürmek ve başarılı şekilde tamamlama inancı olarak tanımlanmaktadır (15). Öz etkililik düzeyinin yüksek olması bireylerden istenilen sağlık davranışlarının da yükselmesine sebep olmaktadır. Öz etkililiği güçlü olan bireyler amaçlarına ulaşmak ve riskleri azaltmak ve sağlıklarını koruyabilmek için kendilerini yönlendirebilir. Koroner hastalık nedeniyle yaşamındaki değişiklikleri yönetme yeteneği ve yönetme yeteneğine olan inançta öz etkililik önemlidir. Kardiyak probleme sahip öz etkililik algısı güçlü olan bireyler semptomları, tedavi programlarını, hastalığın fiziksel ve psikososyal sonuçları yönetme becerisine sahiptir ve klinik durumuna göre yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirebilmektedir (16).

Yaşam tarzı değişiklikleri kan basıncını düşürür, hipertansiyon ilaçlarının etkin olmasını sağlar, ilaç gereksinimi ve KVH riskini düşürür. Hipertansiyonu başarılı bir şekilde yönetmek için kan basıncını kontrol altına almak ve kan basıncının kontrolünün sağlanmasında kararlı olmak için uyum sağlanması gerekir. Bu uyumu yükseltmekte hasta ve ailesinin eğitimi ve bilgilendirilmesi önemlidir (29). Risk faktörlerinin belirlenmesi, kontrolünün sağlanması ve gelişecek riskleri önlemede öz etkililik önemlidir. Hemşireler kişileri sağlıkla ilgili olumsuz davranışlardan uzak tutma konusunda bilinçlendirip, sağlığın gelişmesini sağlayan yapıcı davranışlar kazandırmaya uğraşır. Hemşireler aracılığıyla hastalara verilen eğitim hastaların öz etkililiğini arttıracak bakım ve tedavi girişimlerinin oluşturmalarını ve böylece hastaların olumlu yaşam tarzı davranışlarını geliştirerek KVH gelişimini, tekrarlayan hastane yatışlarını ve kardiyovasküler riski azaltacaktır (74, 121).

Literatür incelendiğinde kardiyovasküler risk, öz etkililik ve kardiyovasküler farkındalığın beraber değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışma, kardiyovasküler hipertansiyonlu bireylerde kardiyovasküler risk düzeyi ve öz etkililiğin risk farkındalığına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL GİLGİLER

2.1 Hipertansiyon Tanımı

Tansiyon, kanın damar içerisinde damar duvarına yaptığı basınçtır. Hipertansiyon ise arter sisteminde olan kan basıncının sürekli yüksek olması halidir (1). Sistolik kan basıncı değerinin 140 mmHg yada daha fazla olması, diyastolik kan basınç değerinin 90 mmHg yada üzerinde olması durumudur (17). Toplumda yaygın olarak görülmesi ve ciddi komplikasyonlar oluşturmasından dolayı ciddi bir sağlık sorunudur (18).

2.2 Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Yetişkin bireylerde hipertansiyon prevalansının %30-45, yaş arttıkça bu sıklığın arttığı ve 60 yaş üzerindeki bireylerde %60'a çıktığı görülmüştür (19). Dünyada meydana gelen ölümlerin en önemli sebeplerinden biri de hipertansiyondur. Dünya genelinde 30-79 yaş aralığında ortalama 1.28 milyar kişide hipertansiyon mevcuttur. Bunların %46'sı ise bu durumun farkında değildir (20). 2008 yılında Dünyada 25 yaş ve üzeri kesimin yaklaşık %40'ında hipertansiyon tespiti yapılmıştır. %46'lık değer ile Afrika en yüksek orana sahipken, Amerika %45'lik değer ile en düşük yüzdeye sahiptir. Almanya, Rusya Federasyonu ve Türkiye'de (35-84) yaş aralığında %40 civarında seyrederken, Bangladeş de bu durum %20 civarında belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de (35-49 yaş arası) hipertansiyonlu kişilerin belirlenmesi, tedavisi ve kontrolü yüksek yüzdeye sahip iken Türkiye, Arnavutluk, Ermenistan ve İran da bu yüzdeler daha düşüktür (21).

Türkiye İstatistik Kurumu 2021 verilerine göre ölüm nedenleri arasında %33,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarından olmaktadır. Bu dolaşım sisteminden dolayı meydana gelen ölümlerin de %41,8'ini iskemik kalp hastalığı, %23,3'nün diğer kalp hastalıklarından ve %10,9'unun hipertansif hastalıktan olduğu belirtilmiştir (22). Hipertansiyon prevalansı ile ilgili ülkemizde yapılan ilk çalışma "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasıdır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak tespit edilmiş ve ayrıca yaş ilerledikçe prevalansın da arttığı görülmüştür (23). 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak saptanmış ve kadınlarda görülme sıklığı %32,3 ve erkeklerde görülme sıklığı %28,4 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon hastası olduğunun farkında olanlar ise %54,7

olarak tespit edilmiştir. Hipertansiyonlu bireylerin neredeyse yarısı (%54.7) hastalığın farkında değildir (24).

2.3 Hipertansiyon Patofizyolojisi

Sağlıklı bireylerde arteriyel kan basıncı (AKB); Periferik vasküler direnç (PVD) ve Kardiyak debi (KD) ile oluşur. Kalp debisi, kalbin atım hızından ve stroke volümden doğrudan etkilenmektedir. Bu parametrelerin birinde meydana gelen herhangi bir değişim arteriyel kan basıncının da değişmesine neden olmaktadır. Ayrıca sistemik vasküler direncin yükselmesi ve aorta pompalan kan hacmindeki (kardiyak output) artışta hipertansiyon gelişmesine neden olmaktadır. Bu durumda ya kardiyak output artmıştır yada vasküler direnç gelişmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında ise genç hastalarda kardiyak output, ileri yaş bireylerde ise vasküler direnç daha fazla görülmektedir (25). Örneğin intravasküler volümdeki artış veya sempatik aktivitede meydana gelen artış kalp debisinin ve AKB'nin de artmasına sebep olur ve bu durumda barorefleks mekanizması devreye girerek periferik vasküler direnci azaltmaya çalışır. Ayrıca AKB, böbreklerin ana mekanizmaları (renin angiotensin dengesinin sağlanması, tuz tutulumun sağlanması) ile de dengede tutulması sağlanmaktadır. Tüm bu durumlar hipertansiyonun dengede tutulmasında önem arz etmektedir (26).

2.4 Hipertansiyon Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Hipertansiyon, Dünya'da ve Ülkemizde giderek artış gösteren ve yol açtığı komplikasyonlardan dolayı önemli bir sağlık sorunudur (27). Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, felç, görme bozukluğu ve myokard infarktüsü gibi komplikasyonlara neden olduğu için mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Yaş, obezite, sigara, fiziksel aktivite yetersizliği, tuz, cinsiyet, genetik faktörler, alkol tüketimi, stres, diyabet hipertansiyon risk faktörlerinin gelişmesinde rol oynayan faktörlerdir (28, 29).

2.4.1 Yaş

Yaş ilerledikçe damarların esnekliğinin kaybolmasından ya da azalmasından dolayı hipertansiyon gelişme sıklığı artmaktadır. Hipertansiyon yaşlılarda gençlere göre daha fazla görülmektedir (30). Yaş gruplarına göre hipertansiyon sıklığı 45-54 yaş aralığında %40, 55-64 yaş aralığında ise %50'dir (31).

2.4.2 Cinsiyet

Erkeklerde hipertansiyon riski kadınlara göre daha fazladır. Dünya çapında da toplam bir milyar erkek ve kadının hipertansiyon hastalığına sahip olduğu

bilinmektedir (43). Erkekler hipertansiyonu kadınlara göre daha az önemsemekte ve %50'si sigara kullanmaktadır. Yüz erkekten sadece 30'u hastalığın farkındadır ve kan basıncı ölçtürmemektedir. Aynı zamanda %10 daha fazla alkol tüketimleri de bu duruma katkı sağlamaktadır (44).

2.4.3 Sigara

Sigara damarlarda daralma meydana getirerek kan akımının damar içinde yavaşlamasına neden olmaktadır. Sigara KVH'nın görülme sıklığı ve ölüm oranlarının azalmasında önlenabilir bir risk faktörüdür (37). Orta yaş erişkin bireylerde KVH ölümlerin %25'inden sorumlu tutulmaktadır. Sigara kullanan kişilerde 2-3 kat daha fazla KVH görülmektedir. Aynı zamanda sigara kullanımı kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır (38).

2.4.4 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite kalp ve damar sağlığının korunmasında önemli bir rol oynamaktadır. Kalpte ve akciğerde kasların güçlenmesini sağlayarak stresi azaltmakta ve yüksek seyreden kan basıncının düşmesini sağlamaktadır. Ayrıca enerjinin harcanması ile ideal kiloda olmayı sağlamaktadır. Bununla birlikte fiziksel aktivite; felç, iskemik kalp hastalığı, diyabet, meme ve kolon kanseri riskini de azaltmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite ile beraber düzensiz beslenme, aşırı obezite ile KVH gibi önemli hastalıklara zemin hazırlamaktadır (39). Fiziksel aktivite yapmayan kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fiziksel aktivite yapanlara göre %20-50 oranında daha fazla görülmektedir (117). Yapılan bir araştırmada bisiklete binme, bahçe işleri ile uğraşma gibi hafif fiziksel aktivitelerin kalp sağlığını koruduğu belirlenmiştir (40).

2.4.5 Tuz

Tuz vücutta sıvı birikmesine neden olarak kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır. Kişilerin çoğu tüketilen gıdaların içindeki tuz miktarı konusunda yetersiz bilgiye sahiptir. Turşu, hazır fast food gıdalar, işlenmiş et ve konservelede tuz oranı oldukça fazladır (41). Tuz alımının kontrol altına alınması ile kullanılan antihipertansif ilaç dozlarının da azalması yönünde yararı bulunmaktadır. Günlük 5-6 gram tuz tüketilmesi gerekmektedir (42).

2.4.6 Obezite

Obezite, hipertansiyon açısından önemli bir risk faktörü olup Dünya'da görülme sıklığı yüksektir. Vücutta adipoz dokusunun fazla olması olarak tanımlanmaktadır (32). DSÖ 2021 verilerine göre 2016 yılında 18 yaş ve üzeri 1.9

milyardan fazla kişi fazla kiloya sahiptir. %39'u aşırı kiloda, %13'ü obeziteye sahiptir. 2020 yılında ise 5 yaş altında 39 milyon çocuk fazla kiloya sahiptir (33). Hipertansiyon gibi ömür boyu devam eden kronik hastalıklara da zemin hazırlamaktadır (34). Obezitenin hipertansiyon üzerindeki parofizyolojisinde yüksek leptin ve insülin düzeyi, otonomik fonksiyonlarda bozukluk, vasküler yapılarıdaki fonksiyon değışiklikleri, böbreklerdeki fonksiyon bozuklukları, diyetle beraber fruktoz alımındaki artış, ve ürik asitin yüksekliğı sayılabilir (35). Çocuklarda yapılan bir araştırmada obez olan öğrencilerin %7.5'i malign hipertansif, %12.2'si hipertansif, %21.9'u prehipertansif olup %58.5'i normal bulunmuştur. Bu öğrencilerin genelde televizyon karşısında hazır gıdalar tükettikleri, düzensiz kahvaltı gibi uyumsuz davranışları gözlemlenmiştir (36). Yapılan başka bir araştırmada ise çocukların üçte ikisinden fazlasının yine aşırı obez ve kilolu olduğu bulunmuştur (37).

2.4.7 Genetik Faktörler

Genetik kan basıncını etkileyen önemli bir faktördür. Yapılan bir araştırmada kan basıncı üzerinde %30-60 oranında genetik faktörlerin etkisinin olduğu görülmüştür (45). Yapılan bir araştırmada ailesinde hipertansiyon olanların hastalığın ciddiyetinin daha fazla farkında olduğu, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değışikliklerine uyum gösterdikleri belirtilmiştir (46).

2.4.8 Alkol Tüketimi

Alkolün fazla düzeyde tüketilmesi hipertansiyona neden olmaktadır. Alkol hipertansif ilaçların etkisini azaltarak risk oluşturmaktadır. Alkol sempatik aktiviteyi ve renin anjiyotensinojen sisteminin aktivitesini artırır (6). Erkeklerde günlük tüketim 20-30 gram, kadınlarda 10-20 gram şeklinde olmalıdır (47). Alkol tüketimi günde iki kadehten fazla olan bireyler ile, hiç alkol tüketmeyenlerin karşılaştırılması yapıldığında alkol tüketenlerde hipertansiyonun 1.5-2 kat fazla görüldüğü, oluşan bu riskin tüketilen alkol miktarıyla ilgili olduğu ve günde beş kadehten fazla alkol tüketenlerde daha da belirgin olduğu açıklanmaktadır. Erkeklerdeki hipertansiyon olgularının %10'nun fazla miktarda alkol alımıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (44).

2.4.9 Stres

Stres sempatik sinir sistemine yanıt olarak aktivasyon oluşturmakta ve vazokonstriksiyon meydana getirmektedir. Sempatik aktivasyonda meydana gelen bu durum hipertansiyona neden olmaktadır (48). Periferik damar yollarını

etkileyerek kalp debisi ve damarlarda kan akımına karşı direnci arttırarak sıvı tutulumuna ve kan basıncında yükselmelere neden olmaktadır. Ayrıca düz kas hücrelerinde hipertrofi meydana getirmektedir. Stresin etkisiyle artan sempatik sinir sistemi aktivasyonu renal efferent liflerini de uyarmakta ve renal kan akımında azalmalara neden olarak renal vasküler direnci arttırıp vazokonstriksiyona neden olmaktadır (118). Bu nedenle stresle başetme yöntemleri önemli rol oynamaktadır. Derin solunum egzersizi, yoga, meditasyon ve zihinde canlandırma gibi uygulamalar kan basıncının azaltılmasında rol oynamaktadır (41).

2.4.10 Diyabet

İnsülin seviyesinin yüksek olması hipertansiyona neden olmaktadır. İnsülin yüksekliği ile gelişen insülin direnci ve glukoz intoleransı karaciğer ve kas dokularını uyararak hipertansiyon gelişmesine sebep olur (100). Diyabeti olan bireylerde, olmayanlara göre hipertansiyon görülme sıklığı 1.5-2 kat daha fazladır (119).

2.5 Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.5.1 Kan Basıncı Düzeylerine göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun tanımı ve sınıflandırılmasını içeren kılavuzlar mevcuttur. Amerikan Kardiyoloji Derneği (American Society of Cardiology) /Amerika Kalp Birliği (American Heart Association) (ACC/AHA)'nin yapmış olduğu sınıflandırma Tablo 2.1'de yer almaktadır.

Tablo 2.1. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması (49).

Kan Basıncı Derecesi	Kan Basıncı (mmHg)	
	Sistolik	Diastolik
Normal	<120 ve	<80
Yüksek	120-129 ve	<80
Evre 1 Hipertansiyon	130-139 ve	80-89
Evre 2 Hipertansiyon	≥140 ve	≥90

2.5.2 Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflandırılması

2.5.2.1 Primer Hipertansiyon

Hipertansiyon hastaların %95'inde neden olduğu faktör bilinmemektedir ve buna primer ya da esansiyel hipertansiyon denilmektedir (50). Aşırı alkol ve tuz tüketimi, kafein ve nikotin alımı geçici olarak kan basıncının yükselmesine neden olabilir. Hareketsiz yaşam, obezite, sebze ve meyve tüketiminin de az olması primer hipertansiyona sebep olabilmektedir (1).

2.5.2.2 Sekonder Hipertansiyon

Hastaların %5'inde hipertansiyona neden olan faktör bellidir. Buna sekonder hipertansiyon denilmektedir (50). Sekonder hipertansiyon genellikle tedaviye direnç göstermekte 30 yaşından önce ve 60 yaşından sonra görülmektedir (1). Sekonder hipertansiyona neden olan birçok faktör; uyku apnesi, vasküler hastalıklar, kronik böbrek hastalıkları, ilaç kullanımı, steroid tedavisi vb. faktörlerdir (50).

2.6 Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyon her zaman belirti göstermeyebilir. Bu sebeple bireyler hipertansiyon hastası olduklarını anlayamaz. Hipertansiyonda enseden başlayan başa doğru yayılım gösteren ağrı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, çarpıntı, epistaksis, çift görme, kulaklarda çınlama ve yüzde kızarma başlıca görülen belirtilerdir (120).

2.7 Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyon miyokard infarktüsü, inme, periferik damar hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, inme, böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalıklara sebep olan önemli bir etmendir. Kontrol altında tutulması bu ciddi komplikasyonların ortaya çıkmaması için önemlidir (51).

Hipertansiyon kalp damarlarında sertliğe neden olduğundan dolayı atheroskleroz gelişebilmekte ve buna bağlı inme ve miyokard infarktüsü (MI) görülebilmektedir. Yine damar sertliği nedeniyle kalpte hipertansiyona bağlı kalp kası gücü azalacağından dolayı kalp yetmezliği görülmektedir. Yüksek tansiyon kalpte düzensiz atımlara sebep olduğundan dolayı atrial fibrilasyon da görülebilmektedir (52). Ayrıca beyinde yapısal ve fonksiyonel bozukluklar ile ciddi bilişsel bozukluklar meydana getirerek demans gibi hastalıklara neden olmaktadır. Bu bilişsel bozukluk üretkenliği de etkileyerek zihinsel yeteneğin azalmasıyla sosyal olarak ve ekonomik olarak olumsuzluklara neden olmaktadır (53).

2.8 Hipertansiyon ve Miyokard İnfarktüsü

Hipertansiyon KVVH'nın majör risk faktörlerinden biridir. Hipertansiyon sonucu oluşan atheroskleroz ile MI görülme sıklığı artmaktadır. KVVH birinci sırada ölüme neden olan hastalık grubudur ve önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Genç bireylerde yapılan bir araştırmada kalp krizi geçirdikleri esnada kan basınçlarının da yüksek olduğu saptanmış ve bu nedenle kalp krizinde hipertansiyonun önemli olduğu vurgulanmıştır (54).

Myokard infarktüsü kalbin bir bölümündeki kanlanmanın bozulması ya da oksijenlenmesinin az olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu durumda yeterli ve uzun bir süre kalbe oksijen gitmediğinde hasar meydana gelir ve ani ölümlere neden olmaktadır (55).

Hipertansiyon tanısı olan hastaların MI belirtileri konusunda bilgi eksiklikleri olduğu bildirilmiştir. MI belirti ve KVH risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaşlılarda yapılan bir araştırmada boyun ağrısı, sırt ağrısı ve çene ağrısı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Aynı çalışma üzerinde KVH konusunda risk algılarının yeterli olmadığı, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik olarak düşük düzeyde olan hastalarda KVH risk faktörleri ve belirtileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları vurgulanmıştır (56). KVH riskini artıran hipertansiyon dışındaki risk faktörleri Tablo 2.2’de belirtilmiştir.

Hipertansiyon hastalarının birçoğu, yüksek kan basıncının MI için risk olduğuna dair yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip değildir. İlaç kullanımı, düzenli tansiyon takibi ve sağlık kontrolü gibi KVH riski azaltacak yaşam tarzı değişiklikleri konusunda da yetersiz bilgiye sahiptir. Arıkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada risk faktörlerinin kontrolüne yönelik (düzenli egzersiz gibi) davranışlarda da yetersiz bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (57).

Tablo 2.2 Total KVH riskini arttıran kan basıncı yüksekliği dışındaki faktörler (68).

Risk Faktörleri	Asemptomatik Organ Hasarı	Mevcut Makrovasküler Hastalık	Renal Hastalık
Diabetes mellitus Erkek cinsiyet Yaş (Erkek ≥55, Kadın ≥65yaş) Bozulmuş açlık glukozu/ Bozulmuş glukoz toleransı Dislipidemi Sigara Obezite Abdominal obezite	Nabız basıncı ≥ 60 mmHg Ankle/brakial indeks <0.9 Karotis duvar kalınlaşması Glomeruler filtrasyon hızı <60 ml/dk Mikroalbuminüri İleri retinopati Sol ventrikül hipertrofisi varlığı	KAH MI Angina SVO Stent varlığı KKY KABG PAH	Proteinüri Glomeruler filtrasyon hızı <60 ml/dk

MI: Miyokard İnfarktüsü, KAH: Koroner Arter Hastalığı, KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği, KABG: Koroner Arter Bypass Greft, PAH: Periferik Arter Hastalığı, SVO: Serebro Vasküler Olay

2.9 Hipertansiyon Tedavisi

Tansiyon tedavisinde amaç kan basıncının 140/90 mmHg’nın altında tutulması, mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesidir. Amaç kardiyovasküler

risk ile inme oranlarını azaltarak ve böbrek fonksiyonlarını koruyarak gelişebilecek semptomları ortadan kaldırmak ve tedaviye uyumu sağlamaktır (28).

Gelişen teknoloji ve sosyoekonomik yaşam, yaşam şekillerinde değişiklik meydana getirerek hareketsiz yaşama ve sağlıksız yeme içme alışkanlıklarına neden olmaktadır. Bu durum da hipertansiyon dahil bazı hastalıkların gelişmesine katkı sağlamaktadır (58). Ayrıca hastalığın yavaş seyirli olması, çoğu zaman belirti vermemesi, ilaç kullanımı gerektirmesi, yaş arttıkça artması, ilaçlara bağlı gelişen yan etkiler, maddi olarak ilaçlara ulaşamaması ve hareketsiz yaşam normal kan basıncı değerlerine varılamamasının başlıca nedenleri arasındadır. Tedavide ilk basamakta yaşam tarzı değişiklikleri yer almaktadır. Ayrıca farmakolojik tedavi yöntemlerinden de gerektiğinde faydalanılması gerekmektedir (1).

2.10 Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Hipertansiyonun ilaç dışındaki yönteminde tuz tüketimin azaltılması, sigaranın bırakılması, alkol tüketimin azaltılması, kilo kontrolü, yaşam tarzı değişikliklerinin alışkanlık haline getirilmesi, sebze ve meyve tüketilmesi ile doymuş yağ oranının azaltılması rol oynamaktadır (1, 42). Başlıca yaşam tarzı değişiklikleri;

- Tuz kullanımı günlük 5-6 gram olmalıdır.
- Alkol kullanımı erkeklerde 20-30 gram/gün etanol, kadınlarda 10-20 gram/gün etanolü geçmemelidir.
- Meyve, sebze ve az yağlı süt tüketilmelidir. Besinlerdeki potasyum insülin duyarlılığını artırarak tansiyonu kontrol altına almaya yardımcı olmaktadır.
- Kafein ve kahve türü ürünlerin aşırı alınması engellenmelidir.
- Kırmızı et, şekerli ve tatlı ürünlerin tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Egzersizler düzenli olarak yapılmalıdır, nabızı fazla arttırmayacak düzeyde yapılmalıdır.
- Sigara kullanımı azaltılmalı, bırakılmalıdır.
- Kilo kontrolü sağlanmalıdır (41).

2.11 Yaşam Tarzı Değişiklikleri

2.11.1 Sigara tüketimi

Sigara içmek kan basıncında ve kalp atımında yükselmeye sebep olmaktadır. Sigara içtikten 15-20 dakika sonra kan basıncı ve kalp hızında aniden artma

meydana gelmektedir. Bu akut etkinin ortadan kaldırılması için sigara kullanımının bırakılması önerilmektedir. ESC/ESH kılavuzuna göre sigara içen hipertansiyonlu bireylerin sigara içmeyen bireylere göre kan basıncı değeri daha yüksek olduğu saptanmıştır (21). Yapılan başka bir araştırmada sigara kullananların kullanmayanlara göre hipertansiyon hastası olma olasılığı 2.14 kat daha fazla olduğu görülmüştür (59).

2.11.2 Düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite

Düzenli olarak fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak HDL kolesterolün artmasını sağlayarak ideal kiloya ulaşmayı sağlar. Aynı zamanda intavasküler volümü, sodyum retansiyonu, sempatik sinir sistemi aktivasyonunu ve renin aldosteron düzeyini azaltarak kan basıncında düşmeye neden olur. Bu nedenle vücut formunun korunması yönünden önemli bir faktördür (60).

2.11.3 Alkol tüketimi

Fazla miktarda alkol tüketimi arttıkça kan basıncında yükselme, inme, kardiyomiyopati, aritmi ve ani kardiyak ölüm artmaktadır. Hipertansiyonu olan bireylerde ilaç kullanımının yanında alkol tüketimin de azaltılması önerilmektedir (18).

2.11.4 Kilo yönetimi

Beden kitle indeksi (BKİ) ve hipertansiyon sıklığı arasında doğru orantı vardır. 10 kg'lık bir ağırlık artışının sistolik kan basıncını 3 mmHg, diyastolik kan basıncını 2.3 mmHg, KAH riskini %12, inme riskini ise %24 arttırdığı bilinmektedir. Bu nedenle kilo kontrolünün sağlanması önem arz etmektedir (18).

2.11.5 Stres yönetimi

Stresin kontrol altına alınamadığında kan basıncında yükselme meydana getirir. Yoga, gevşeme tekniği, nefes egzersizi stresi azaltarak kan basıncını düşürmede etkilidirler (61). Hastalara stresin kontrol altına alınmasının sağlanması için gevşeme teknikleri hakkında bilgi verilmeli ve davranış değişiklikleri hakkında önerilerde bulunulmalıdır (58).

2.11.6 Beslenme

Sağlıklı besin tüketimi kan basıncının kontrolünün sağlanması açısından önemlidir (62). Tam tahıllı yiyecekler ve bakliyatlar, sebze ve meyve, balık, zeytinyağlı yiyecekler, az yağ içeren ve hayvansal yağların az tüketilmesi hipertansiyonun önlenmesi açısından tüketilmesi gereken besinlerdir (63, 64). Özellikle tam tahıllı yiyecek, sebze ve meyve tüketimi ve lifli gıdalar kan basıncının

düşürülmesine yönelik etki göstermektedir (65). Şekerli yiyecek ve içecekler, paketlenmiş hazır gıdalar tüketilmemelidir (66). Hipertansiyonu olan hastalar ayrıca haftada 2 kez balık tüketmeli, potasyum içeriği yüksek olan nane, maydanoz, sarımsak, dereotu, limon ve yeşil yapraklı sebzelerden tüketmelidirler (5, 62, 66). Kafein tüketimi kan basıncını yükselttiği için kısıtlandırılmalıdır (5). Yine az tuzlu beslenme tercih edilerek günlük 5gram altında tuz tüketimi sağlanmalıdır (63, 67).

2.12 Hipertansiyon İlaç Tedavisi

Hipertansiyonun ilaçla tedavisinde ilaç grupları hastaların var olan hastalıkları da göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Tedavide beta blokerler, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, alfa blokerler, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADE) ve anjiotensin reseptör antagonistleri (ARB) olmak üzere başlıca 6 ilaç grubu yer almaktadır (1, 47). Antihipertansif tedavi için Türkiye Endokrin Metabolizma Derneği (TEMED)'in bazı önerileri bulunmaktadır;

- İkinci derece ve üçüncü derece hipertansiyon hastalığı olan bireylerde KVH risk ne olursa olsun yaşam tarzı değişiklikleri ile aynı sürede veya birkaç hafta sonrasında medikal tedaviye hemen başlanması önerilir.
- Diyabet, kronik böbrek hastalığı, organ hasarına sahip KVH riski yüksek olan hipertansiyon hastalarında da ilaç tedavisi ile kan basıncının düşürülmesi önerilir.
- Düşük ve orta düzey riskli birinci derece hipertansiyonu olan bireylerde tekrarlayan kan basıncı yüksekliklerini indirmek için yine ilaç tedavisi kullanımı uygundur.
- Yaşı 8 üstü olan ve kan basıncı 150 mmHg üzerinde olan bireylerde ilaç tedavisi gereklidir. Yaşlı hastalarda tolere edebiliyorsa sistolik kan basıncının 140-150 mmHg altında tutulması sağlanabilir.
- Gerekli kanıtlara ulaşana kadar hipertansiyonda ilaç tedavisi önerilmemektedir (83).

2.13 Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde ve en kısa sürede hastalık halinden yeniden sağlıklı yaşama geçebilme durumunda hemşirelerin hipertansif bireylerin bakımındaki rolü ve yönetimi önemlidir. Hemşireler bakım verdikleri bireylerin

bireysel olarak öncelikli durumlarını ve mevcut bakım gereksinimlerini belirleyip bakım planı oluşturarak uygulama yapmaktadır. Meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesi, risk faktörlerine ilişkin farkındalığın oluşturulması, eğitim ve danışmanlık sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında hemşirelerin rolü büyüktür (70, 71). Aynı zamanda hemşireler hipertansiyonun tanılanmasında ve kontrolünün sağlanmasında sorumlulukları olan, diğer destekleyici ve tedavi edici sağlık profesyonelleri ile iletişim halinde olan sağlık profesyonellerinden biridir (72, 73). Hemşireler hipertansiyonu yaşamın erken döneminde tespit etmek, bunu yaparken uygun zamanda kan basıncını değerlendirmekle de yükümlüdürler. Hipertansiyon konusunda verilen eğitim ve danışmanlık tedavi ve yaşam şekillerindeki uyumu artırmaktadır. Hemşireler hastaların hipertansiyona ilişkin belirtilerini izler ve onları düzenli ilaç kullanımı, tansiyon ölçme, ilaçların yan etkilerine rağmen tansiyonla başetme yöntemlerini geliştirerek tedaviye uyumu teşvik eder. Tüm bunları yaparken diğer profesyonel sağlık ekibi ile (doktor, eczacı, diyetisyen, hasta yakını gibi) koordinasyonlu çalışarak, verileri kayıt altında tutarak hipertansiyon kontrolünü sağlamakla yükümlüdür (5). Yapılan bir araştırmada hipertansiyon hastalarına verilen eğitim sonrası düzenli egzersiz yapma ve diyetle uyum oranlarında önemli derecede artış saptanmıştır (74). Yaşlılara yönelik hipertansiyon yönetiminde hemşirelerin rolü konusunda yapılan bir derleme sonucunda hemşirelerin yaptıkları ziyaretlerde verdikleri eğitimler ile hastaların kan basıncı düzeylerinde düşme gözlemlendiği belirtilmiştir (41).

Hemşirenin hipertansiyon yönetiminde rolleri;

- Hipertansiyonun belirlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak
- Erken tanı konulmasını sağlamak,
- Bireylere kendi ortamlarında kan basıncını ölçmelerini öğretmek teşvik etmek,
- İzlem yapıp (tansiyon ölçümleri, ilaç kullanımları, düzenli doktor kontrolüne gitmeleri, beslenme alışkanlıkları) değerlendirme yapmak,
- Yapılan uygulamalarda doğru tekniklerin kullanımını sağlamak
- Bireylerin yaşam şekillerini takip etmek,

- Beslenme, sigara kullanımı ve kilo kontrolünün sağlanmasını desteklemek,
- Tedaviye uyum süreçlerinde destek sağlayarak yardımcı olmak,
- İlaçların düzenli ve doğru şekilde kullanımını sağlamak (eğitim vb.) şeklindedir (75).

2.14 Hipertansiyon Yönetiminde Öz etkililik

Öz etkililik bireyin davranışlarını etkileyen bilişsel algılama faktörüdür. Bireyin nasıl düşüneceği, nasıl davranacağı ve nasıl hissedeceğini nitelendiren bir kavramdır (76). Bireyin öz etkililiği ne kadar çok ve iyi olursa bireyin davranışlarını kontrol etme yetisi de o kadar iyi olmaktadır. Böylece birey olumsuz davranışlar karşısında hiç usanmadan baş edebilmektedir (77).

Egzersiz, sigara ve alkol kullanımını bırakma, kilo kontrolü, kan basıncı takibi gibi birçok sağlık davranışlarının sağlanması konusunda yarar sağlayan öz etkililik algısı kronik hastalıkların kontrolü için de çok önemli rol üstlenmektedir (15). Güçlü öz etkililik, ilaç uyumunun yaygınlığı ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Ayrıca, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tedavisinin hastaların kendilerine bakma konusunda kendilerine güvenmelerini gerektirdiğini açıklamaktadır. Öz yeterlilik, öz bakım yönetimini etkileyen baskın bir faktördür. Bu nedenle eylem önerilir, öz yeterliliği geliştirmek, iyi bir öz bakım yönetimi üretmeyi amaçlar (78).

2.15 Kardiyovasküler Hastalık Kavramı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalık Dünya genelinde ölümlerin en sık nedenini oluşturmaktadır (14). DSÖ 2021, 2019 verilerine göre tahminen 17.9 milyon insan KVVH'lar nedeniyle yaşamını yitirmiştir ki, bu da tüm ölümlerin %32'ine karşılık gelmektedir. Bu ölümlerin de %85'i kalp krizi ve inmeye bağlı olarak meydana gelmiştir (80). Bu ölümlerin dörtte üçünden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Bu hastalığın çoğu bazı davranışları gerçekleştirerek önlenmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların oluşmasını önlemek veya hastalık oluştuktan sonra risk faktörlerini iyi yönetebilmek ve hastalığın seyrini iyi hale getirebilmek için yaşam biçiminin desteklenerek bu davranışların geliştirilmesi son derece önemlidir. Sigara kullanımı, sağlıksız beslenme ve obezite, fiziksel hareketsizlik ve alkolün zararlı kullanımı gibi davranışsal risk faktörleri ile kontrol sağlanabilmektedir. KVVH'ı mümkün olduğunca erken tespit etmek ise gelişecek komplikasyonları önlemek açısından son derece önemlidir (79).

2.16 Kardiyovasküler Hastalıklar Bilgi Düzeyi ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıkların oluşmasının engellenmesinde en önemli etkenlerden birisi bireylerin yaşam biçimi ve davranışlarıdır. Yaşamla ilgili alışkanlıklar, tutum ve davranışlar, kontrol edilebilir risk faktörlerinin önüne geçilmesi bakımından önemlidir. Bireylerin davranış değişikliği gerçekleştirebilmeleri için öncelikle davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarının farkında olmaları gerekmektedir (81). Erken müdahale için yaşam biçimi ve davranışların değiştirilmesi önemlidir. Bu noktada riskler ve riskleri önleme konusunda yeterli bilgiye sahip olmak ise oldukça önemlidir. Çünkü yetersiz bilgi yetersiz motivasyona neden olacağı için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine de engel yaratmaktadır (12).

Ofis çalışanlarında yapılan bir araştırmanın sonucunda bireylerin bilgi düzeylerinin ortalamanın üzerinde bulunmasına rağmen bu bireylerde KVH riskin yüksek olduğu gözlemlenmiş ve bireylerdeki bu riski indirmek için yaşam değişiklikleri konusunda danışmanlık önerilmiştir (82). Yine yapılan başka bir araştırmada hasta ve yakınların KVH bilgi düzeyleri ile fiziksel aktivite haricindeki sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkındaki bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur. Fakat yine de bir hemşire tarafından risk faktörlerini önlemeye yönelik ve hastalıktan korumaya yönelik danışmanlık yapılması gerektiği önerilmiştir (12).

2.17 Kardiyovasküler Risk Farkındalığı

Farkındalık hastalıkların kontrol altına alınabilmesi açısından önemli bir olgudur. Kronik hastalıkların yönetilmesi ve engellenmesi için davranışsal model oluşturur. Bireylerin hastalıklar kousundaki farkındalığının artırılması için ilk önce farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (83). Ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde bireylerin KVH hakkındaki bilgi düzeylerindeki yetersizlik, farkındalıklarını ve tutumlarını etkilemektedir. Bu durum hastalığın kontrol altına alınması açısından önem arz etmektedir (84). KVH için toplumda yüksek riskte bulunan bireyleri belirlemek KVH'ın önlenmesi ve oluşan hastalığa bağlı maliyetin azaltılması yönünden de önemlidir. Bu risk gruplarını belirleme toplumda farkındalığı ve tedavideki uyumu artırarak sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazandırılması açısından da önemlidir (82). KVH'dan korunmak için planlanan programların etkili uygulanabilmesi için bireylerin risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerinin de önemi büyüktür (83).

Farkındalık, etkili müdahalelerin planlanmasında oldukça önemlidir. Farkındalık oluşturularak risk faktörleri azaltıldığında, bireylerin hem iş gücü kaybı hem de ölüm oranları azalacağı için risk faktörlerinin bilinmesi ve sağlıklı davranışlar geliştirmesi önem taşımaktadır. Yeterli ve düzenli fiziksel aktivite, dengeli, sağlıklı ve yeterli beslenme, stresle başetmede yeterlilik, sigara kullanmama, hijyen önlemlerine uyma ve bireysel sağlık gerekliliklerini yerine getirme şeklinde tanımlanan sağlıklı yaşam davranışlarında bilinçli olmak oluşabilecek kardiyovasküler risklerin ve ölümlerin azalmasını sağlamaktadır. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada etkili programların doğru planlanması için bireylerin KVH risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin doğru belirlenmesi önemlidir (108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Varsayımları ve Hipotezleri

H₀: Hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk ve öz etkililik düzeyinin risk farkındalığına etkisi yoktur.

H₁: Hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk ve öz etkililik düzeyinin risk farkındalığına etkisi vardır.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Dahili Kliniklerinde (Dahiliye, Enfeksiyon, Göğüs, Dermatoloji, Kardiyoloji, Nöroloji Klinikleri) yatarak tedavi alan hipertansiyon tanısı bulunan bireyler ile 15.07.2022-15.03.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışma süresi içinde Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Dahili Kliniklerinde (Dahiliye, Enfeksiyon, Göğüs, Dermatoloji, Kardiyoloji, Nöroloji Klinikleri) yatarak tedavi alan hipertansiyon hastaları oluşturmaktadır. Örneklemi araştırmanın gerçekleştirildiği tarihler arasında, çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G Power 3.1.9.4 programı kullanılarak güç analizi ile belirlenmiştir. Hata payı .05 alındığında ve ‘‘Cohen, 1992; Statistical power analysis’’ kaynağı referans alınarak değerlendirmelerin orta etki büyüklüğüne ($w=0.28$) sahip olduğu varsayıldığında %80 güç ile örnekleme en az 164 katılımcının alınması sonucuna ulaşılmıştır (85). Çalışma 168 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kardiyovasküler risk farkındalığı puanı.

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik ve Hipertansiyona ilişkin özellikler, KVH risk puanı, KVH öz etkililik düzeyi puanı.

3.6 Dahil edilme ve dışlanma kriterleri

Araştırmanın dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olma,

- En az 3 aydır hipertansiyon tanısı alma,
- Türkçe anlayabilme ve konuşabilme,
- İşitme vb iletişim problemi olmaması,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme,
- Son 6 ay içinde total kolesterol, HDL ve LDL kolesterol değeri bulunması,

Araştırmanın Dışlanma Kriterleri;

- Veri toplama araçlarının uygulanmasına engel olacak akut sorunları olma (acil cerrahi gerektiren durumlar, yoğun bakım kliniğinde tedavi, bilinç kaybı vb).

3.7 Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile 20-25 dakikada toplanmıştır. Araştırmanın verileri Birey Tanıtım Formu (EK 1), Framingham Risk Modeli (EK 2), Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRIF-BD) (EK 3) ve Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği (EK 4) kullanılarak elde edilmiştir.

Birey Tanıtım Formu (EK 1): Araştırmacı tarafından literatür (69, 70, 86, 87) taranarak oluşturulan tanıtıcı özellikleri içeren sosyo demografik bilgiler (*yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, sigara ve alkol kullanma durumu, boy, kilo, beden kitle indeksi, hipertansiyon dışında kronik hastalık varlığı*) ve hipertansiyona ilişkin (*Hipertansiyona yönelik ilaç kullanımı, düzenli doktora gitme durumu, tansiyon ölçüm sıklığı, sağlık önerileri*) bilgileri içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Framingham Risk Modeli (EK 2): Framingham, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de Massachusetts eyaletinde yer alan bir kasabadır. Bu kasabada yaşayan 5209 kişi 1948 yılından başlayarak ileriye dönük olarak izleme alınmıştır. Bu çalışma NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) ve Boston Üniversitesi'nin ortak projesi olup, günümüzde üçüncü kuşak bireyler izlenmeye devam etmektedir (88). 1998 yılında Framingham Kalp Çalışması'ndan elde edilen verilere dayanarak geliştirilen ölçek 10 yıllık Koroner Kalp Hastalığı (KKH) gelişme riskini tahmin etmek için her iki cinsiyet için ayrı ayrı hesaplaması yapılan bir ölçektir (89, 90). Bu modelde cinsiyet, yaş, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL), kolesterol düzeyleri, sigara kullanımı, diyabetin olup olmadığı ve kan basıncı değerlendirilerek 10 yıllık koroner kalp

hastalığı (myokard infarktüsü, koroner ölüm, anjina) gelişme riski belirlenmektedir. 2002 yılında NCEP/ATP III kılavuzunda bu skorlama sistemi yeniden güncellenmiştir. Bu güncellemede diyabet diyabet, koroner kalp hastalığı eş değeri kabul edilerek çıkarılmıştır. Framingham risk modeli ile gelecek 10 yıllık kardiyovasküler risk skoru hesaplanarak düşük, orta ve yüksek risk olarak 3 gruba ayrılmaktadır. 10 yıllık KVVH riski $<10\%$ ise düşük risk, $10-20\%$ orta risk ve KVVH risk $>20\%$ ise yüksek risk olarak kabul edilmektedir (91).

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRIF-BD) (EK 3): Ölçek 2009 yılında Arıkan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 28 maddeden oluşmaktadır. İlk 4 maddesi kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini, 15 maddesi risk faktörleri ile ilgili (5, 6, 9-12, 14, 18, 20, 23-25, 27, 28), kalan 9 madde (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26) ise risk davranışlarında oluşan değişimin sonucunu sorgulamaya yöneliktir. Ölçekte kullanılan ifadeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmaktadır. Katılımcıların bu ifadeleri “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde cevaplamaları istenmektedir. Ölçekten 0-28 arasında puan alınabilmektedir. Her doğru yanıt 1 puan verilmekte, 22 soru düz, 6 soru ise (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde puanlanarak hesaplanmaktadır. Puan arttıkça bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri ise 0.76 olup (8), bu çalışmada ise 0.70 olarak belirlenmiştir.

Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği (EK 4): Hipertansiyonda Öz Etkililik ölçeği, Nihan ve Dilek tarafından 2021 yılında hipertansiyonu olan hastalarda öz-etkililik düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek maddeleri “hiç uygun değil (1 puan)” ile “çok uygun (4 puan)” şeklinde dörtlü likert tipindedir. Ölçekten alınan puanlar 20-80 arasında değişmektedir. Alınan puanın artması hipertansiyonda öz etkililik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.88 olarak belirlenmiş olup (15), bu çalışmada ise 0.94 bulunmuştur.

3.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından ortalama 20-25 dakika sürede, yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. 20 kişide ön uygulama yapılarak birey tanıtım formu değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonucuna göre birey tanıtım formunda herhangi bir düzeltme gereksinimi olmamıştır.

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 Statistics Paket Programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Hipertansiyon tanılı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve hipertansiyonla ilişkili tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Kardiyovasküler risk ve ölçeklerin sayısal verilerinde normal dağılım çarpıklık değerleri hesaplanarak bulunmuş olup Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Öz etkililik ve kardiyovasküler risk düzeyleri değişkenlerine ait puanların çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım kuralları için gerekli referans aralıkları arasında olduğu görülmüştür. Ancak kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeğine ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım kuralları için gerekli referans aralıkları arasında olmadığı belirlenmiştir. Çarpıklıkta alınan referans değer ± 1.5 (92), basıklıkta alınan referans değer ise ± 3 arasındadır (99).

Katılımcıların bireylerin sosyo-demografik ve hipertansiyonla ilişkili özelliklerine göre risk faktörleri bilgi düzeyi, öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk puanlarının karşılaştırılmasında parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde Independent Sample T testi ve One Way ANOVA Testi, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Gruplar arasında farklılık görülen değerlerin hangi grup bileşeninden kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Testleri kullanılmıştır. Grup varyanslarının eşit olduğu durumlarda, ortalama puanlarının çoklu karşılaştırılmasında Benferroni testi, grup varyanslarının eşit olmadığı durumlarda ise Dunnet C testi kullanılmıştır. Hipertansiyon tanılı bireylerin risk faktörleri bilgi düzeyi, öz etkililik ve kardiyovasküler risk puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı; 0.00- 0.30 arası düşük, 0.30- 0.70 arası orta ve 0.70- 1.00 arası ise yüksek düzeyde bir ilişki olarak değerlendirilmiştir (93). Hipertansiyon tanılı bireylerde kardiyovasküler risk ve öz etkililik düzeyinin risk faktörleri bilgi düzeylerine etkisi Basit Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm değerlendirmelerde anlamlılık düzeyleri 0.05 ve 0.01 dikkate alınmıştır. Yapılan güvenirlik analizlerinde cronbach alfa katsayısının 0.70 üzeri olması beklenmektedir (94). Buna göre araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirliklerinin yeterli olduğu görülmüştür. Tablo 3.10.1’de Kardiyovasküler hastalıklar risk

faktörleri bilgi düzeyi ölçeği (KARRİF-BD) ve hipertansiyon öz etkililik ölçeğine (HÖEÖ) ait çarpıklık değerleri gösterilmektedir.

Tablo 3.10.1 Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği (KARRİF-BD) ve hipertansiyon öz etkililik ölçeğine (HÖEÖ) ait çarpıklık değerleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Skewness (Çarpıklık)		Kurtosis (Basıklık)	
	İstatistik	Stadart hata	İstatistik	Stadart hata
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD)	-2.774	.187	13.021	.373
Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği (HÖEÖ)	-.309	.188	-.953	.374
Kardiyovasküler Risk Puanı	.659	.188	-.325	.374

3.10 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce araştırma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2022/185 sayısı ile 05.07.2022 tarihinde etik izin (EK 6), Bolu İl Sağlık Müdürlüğünden E-38244951-604.01.01 sayılı, 26.08.2022 tarihinde kurum izni (EK 7) alınmıştır. Araştırma Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hipertansiyonu olan bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş olup, araştırmaya katılmaya gönüllü bireylerden yazılı onam (EK 8) alınmıştır. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (Karrif-Bd) Ölçeği (EK 3) ve Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği kullanım izni (EK 4) ise e-posta yoluyla (EK 5) sağlanmıştır.

3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinin Dahili Kliniklerinde (Dahiliye, Enfeksiyon, Göğüs, Dermatoloji, Kardiyoloji, Nöroloji Klinikleri) yatarak tedavi alan hipertansiyonlu bireylerde gerçekleştirildiğinden sonuçlar evrene genellenmemekte, ancak genellemeye katkı sağlayabilmektedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde hipertansiyonu olan bireylerin kardiyovasküler risk ve öz etkililik düzeyinin risk farkındalığına etkisinin incelendiği araştırmanın bulguları aşağıdaki sıra ile incelenmiştir:

- 4.1. Tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulgular,
- 4.2. Kardiyovasküler risk bilgi düzeyi, öz etkililik ve risk düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular,
- 4.3. Tanımlayıcı ve hipertansiyona ilişkin bilgi düzeyi, öz etkililik ve risk düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular,
- 4.4. Risk düzeylerine göre kardiyovasküler risk bilgi düzeyi ve öz etkililik düzeyine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1 Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,

Tablo 4.1.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=168)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş		
Ortalama altı	68	40.5
Ortalama üstü	100	59.5
Cinsiyet		
Kadın	67	39.9
Erkek	101	60.1
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar veya değil	35	18.9
İlköğretim	97	59.1
Lise ve üzeri	36	22.0
Çalışma durumu		
Evet	50	29.8
Hayır	118	70.2
Meslek		
İşçi	35	22.4
Emekli	59	34.0
Ev hanımı	52	29.5
Diğer (memur, serbest)	22	14.1
Sigara kullanma durumu		
İçen	65	38.7
İçmeyen	74	44.0
Bırakmış	29	17.3
Alkol kullanma durumu		
Evet	15	7.4
Hayır	153	92.9
BKİ		
Normal	73	43.4
Hafif kilolu	89	53.0
Obez	6	3.6
Kronik hastalık durumu		
Var	74	44.0
Yok	94	56.0
Kronik hastalıklar		
DM	51	54.3
KVH	22	23.5
Solunum hastalıkları	10	10.7
Kanser	11	11.7
	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (yıl)	57.63±6.47	
Çalışma saati	43.75±12.56	
Sigara kullanım (gün-adet)	23.82±7.04	
Sigara kullanım süresi (yıl)	28.45±7.90	
Sigara bırakılan süre (yıl)	7.18±7.61	
BKİ	25.98±2.30	
Kronik hastalık görülme süresi (yıl)	11.96±7.63	

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart sapma, **DM**: Diyabet, **KAH**: Koroner Arter Hastalığı,
BKİ: Beden kitle indeksi

Hipertansiyon tanımlı bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde yaş ortalamaları 57.63±6.47 yıl, çoğunluğu (%60.1) erkek, yarıdan fazlası (%59.1) ilköğretim mezunu, %38.7'si sigara, %7.4'ü alkol kullanmaktadır. Katılımcıların

%44.0'nın hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı bulunmakta olup, bu kronik hastalıklar sırasıyla en fazla diyabet (%54.3), KVK (%23.5) ve kanserdir (%11.7). (Tablo 4.1).

Tablo 4.1.2. Katılımcıların hipertansiyonla ilişkili özelliklerine göre dağılımı (n=168)

Hipertansiyona İlişkin Özellikler	n	%
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)		
10 yıl altı	75	44.6
10 yıl ve üzeri	93	55.4
Antihipertansif kullanma durumu		
Evet	111	66.1
Hayır	57	33.9
Ailede hipertansiyon öyküsü		
Evet	80	47.6
Hayır	88	52.4
Ailede hipertansiyon öyküsü olanlar		
Anne	42	52.5
Baba	31	38.8
Anne ve baba	7	8.7
Son bir yılda hastaneye yatma durumu		
Evet	23	13.7
Hayır	145	86.3
Düzenli doktora gitme durumu		
Evet	85	50.6
Hayır	83	49.4
Antihipertansifleri önerilen sıklıkta kullanma		
Evet	103	61.3
Hayır	65	38.7
Düzenli olarak yapılan sağlık önerileri*		
Beslenme	123	29.1
Fiziksel aktivite	99	23.5
İlaç tedavisi	110	26.1
Stres yönetimi	90	21.3
Kan basıncı ölçme		
Evet	91	54.2
Hayır	77	45.8
	$\bar{X} \pm SS$	
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)	9.81±8.58	
Sistolik kan basıncı	141.25±9.30	
Diastolik kan basıncı	76.25±5.10	
HDL Kolesterol	43.21±11.22	
Total kolesterol	184.64±47	

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart sapma, *Çok seçenekli soru

Katılımcıların hipertansiyon tanı süresi ortalama 9.81±8.58 yıl olup; %44.6'sı 10 yıl altı, %55.4'ü 10 yıl ve üzeri hipertansiyona sahiptir. Çoğunluğu (%66.1) antihipertansif ilaç kullanmaktadır. Ailede hipertansiyon görülme yüzdesi %47.6 olup en çok annede hipertansiyon öyküsü vardır. Katılımcıların %13.7'sinin hipertansiyon nedeniyle hastaneye yattığı görülmüştür. Katılımcıların %50.6'sı düzenli olarak doktora gitmekte, %61.3'ü düzenli olarak antihipertansif ilaç

kullanmaktadır. %29.1'i beslenmeye dikkat etmekte, %23.5'i fiziksel aktivite yapmakta, %26.1'i verilen ilaç tedavisini almakta ve %21.3'ü stresi yönetebilmektedir. Katılımcıların %54.2'sinin kan basıncını ölçtirdüğü bulunmuştur. Sistolik kan basıncı ortalaması 141.25±9.30 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması 76.25±5.10 mmHg, HDL kolesterol ortalaması 43.21±11.22 mg/dl ve total kolesterol ortalaması ise 184.64±47 mg/dl'dir.

4.2 Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4.2.1. Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular (n=168)

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi	19.92±3.41	
Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi	56.11±12.06	
Kardiyovasküler Risk Düzeyi	11.52±8.10	
	n	%
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi		
Düşük	7	4.2
Orta	47	28.0
Yüksek	114	67.9
Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi		
Düşük	23	13.7
Orta	50	29.8
Yüksek	95	56.5
Kardiyovasküler Risk Düzeyi		
Düşük	72	43.1
Orta	76	45.5
Yüksek	19	11.4

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ortalaması 19.92±3.41, öz etkililik düzeyi ortalaması 56.11±12.06, risk düzeyi ortalaması 11.52±8.10'dur. Kardiyovasküler hastalıklar bilgi düzeyi yüksek, öz etkililik düzeyi yüksek ve kardiyovasküler risk düzeyi orta seviyededir (Tablo 4.2.1).

4.3 Katılımcıların Tanıtıcı ve Hipertansiyona İlişkin Özelliklerine göre Kardiyovasküler Bilgi Düzeyi, Öz Etkililik düzeyi ve Kardiyovasküler risk Düzeyi ile Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyet ile kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi ve öz etkililik düzeylerinde anlamlı fark görülmemiştir. ($p>0.05$). Cinsiyete göre risk

puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Erkeklerin risk düzeyi (16.03 ± 6.71) kadınların risk düzeyinden (4.61 ± 4.25) yüksektir.

Katılımcıların ortalama 57.63 ± 6.47 yaş altı ve üstüne göre risk faktörleri bilgi düzeyi ve risk düzeyi puanları arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.005$). Yaş ile öz etkililik puanı arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Ortalama 57.63 ± 6.47 yaş üstünde olanların öz etkililik puanı (58.10 ± 11.44), ortalama 57.63 ± 6.47 yaş altı olanların öz etkililik puanından (54.20 ± 12.40) daha yüksektir. Eğitim düzeylerine göre; kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Çalışma durumlarına göre; göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanları arasında anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmayan katılımcıların hipertansiyon öz etkililik düzeyleri (50.24 ± 9.83), çalışanlara göre (58.62 ± 12.09) düşüktür. Benzer şekilde çalışmayanların risk düzeyleri (10.09 ± 7.46) çalışanlara göre (14.86 ± 8.60) daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların mesleklerine göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Meslek ile hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Ev hanımlarının öz etkililik puanı (60.0 ± 11.27) en yüksek olup, kardiyovasküler risk düzey puanı (4.38 ± 4.25) en düşüktür.

Sigara içme durumlarına göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0.05$). Sigara içenlerin öz etkililik puanı (49.26), içmeyen (60.46 ± 10.92) ve bırakanların (60.54 ± 10.06) puanından daha düşüktür. Sigara içenlerin kardiyovasküler risk düzeyi (16.86 ± 8.33) içmeyenlerin risk düzeyinden (6.86 ± 5.68) yüksektir.

Alkol kullanma durumlarına göre hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Alkol kullananların öz etkililik puanları (50.24 ± 9.83) kullanmayanlara göre

(58.62±12.09) göre düşüktür. Alkol kullananların risk düzeyleri (14.86±8.60) ise kullanmayanlara göre (10.09±7.46) daha yüksektir.

Beden kitle indeksine göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanları ve kardiyovasküler risk düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). BKİ ile öz etkililik puanları arasında ise anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Normal kiloda olanların öz etkililik puan ortalamaları (64.83±5.64), obez (53.29±12.35) ve hafif kiloluların puan ortalamasından (58.88±11.18) daha yüksektir. Kronik hastalık durumuna göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

İlaç kullanma durumuna göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve hipertansiyon öz etkililik düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). İlaç kullanma durumuna göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). İlaç kulanmayanların risk düzeyi (18.56±11.19) kullananlara göre (10.90±7.01) daha yüksektir.

Katılımcıların hipertansiyon tanı süresi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Antihipertansif ilaç kullanma durumuna göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Antihipertansif ilaç kullananların öz etkililik puanı (61.31±9.89), kullanmayanlara göre (46.09±9.27) yüksektir. İlaç kullananların kardiyovasküler risk düzeyleri (9.77±6.52), kullanmayanlara göre (14.88±9.71) düşüktür.

Ailede hipertansiyon hastası bulunma durumuna göre hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Ailesinde hipertansiyon hastası bulunan katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puan ortalaması (20.59±3.06) bulunmayanlara göre (19.31±3.61) daha yüksektir.

Katılımcıların son bir yıl içerisinde hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre hipertansiyon öz etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır

($p<0.05$). Hastaneye yatanların hipertansiyon öz etkililik düzeyleri puan ortalaması (60.91 ± 11.05) yatmayanlara göre (55.35 ± 12.08) yüksektir.

Düzenli doktora gitme durumuna göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Doktor kontrolüne giden katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması (20.53 ± 3.15), gitmeyenlere göre (19.29 ± 3.57) göre yüksektir. Doktor kontrolüne gidenlerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri puan ortalaması (63.77 ± 7.13) gitmeyenlerden (48.36 ± 11.05) fazladır. Doktor kontrolüne gidenlerin kardiyovasküler risk düzeyi puanları (10.05 ± 6.50) ve gitmeyenlerden (13.04 ± 9.28) düşüktür.

İlaçları önerilen sıklıkta düzenli kullanma durumuna göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0.05$). İlaçları önerilen şekilde kullanan katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puan ortalaması (20.11 ± 3.75), kullanmayanlardan (19.62 ± 2.79) daha yüksektir. Önerilen şekilde kullananların öz etkililik puanları (62.65 ± 8.24) kullanmayanlara göre (45.86 ± 9.78) yüksek olup, kardiyovasküler risk düzeyleri ise kullananların (9.94 ± 6.23), kullanmayanlara göre (14.05 ± 9.97) daha düşüktür.

Kan basıncı kontrolü için ölçüm yapma durumu ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0.05$). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması; düzenli kan basıncı ölçümü yapanlarda (20.29 ± 3.77), yapmayanlara (19.48 ± 2.90) göre daha yüksektir. Kan basıncı ölçümü yapanların öz etkililik düzeyleri puan ortalaması (63.69 ± 7.50), yapmayanlardan (47.26 ± 10.23) daha fazladır. Düzenli kan basıncı ölçümü yapmayanların risk düzeyleri (13.30 ± 9.38) ise yapanlara (10.02 ± 6.53) göre yüksektir.

Tablo 4.3.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeylerinin karşılaştırılması (n=168)

Bağımlı değişkenler	Kardiyovasküler risk bilgi düzeyi				Hipertansiyon öz etkililik puanı				Kardiyovasküler risk			
	$\bar{X} \pm SS$	t veya z F veya H	p	Fark	$\bar{X} \pm SS$	T veya z F veya H	p	Fark	$\bar{X} \pm SS$	t veya z F veya H	p	Fark
Cinsiyet Kadın ^A Erkek ^B	23.39±2.75 19.60±3.77	-1.605 ^z	0.108	-	57.97±11.59 54.87±12.27	1.636 ^t	0.104	-	4.61±4.25 16.03±6.71	-13.469 ^t	0.001	A<B
Yaş 57.63 ±6.47 altı 57.63 ±6.47 üstü	20.58±2.08 19.24±4.28	-1.522 ^z	0.128	-	54.20±12.40 58.10±11.44	-2.109 ^t	0.036*	-	11.58±9.19 11.45±6.84	0.100 ^t	0.921	-
Eğitim durumu Okur yazar veya değil İlköğretim Lise ve üzeri	19.94±3.15 20.08±2.45 19.28±5.36	0.426 ^H	0.808	-	56.00±12.71 56.20±12.49 55.86±10.68	0.011 ^F	0.989	-	9.07±8.09 11.59±7.65 12.19±8.66	1.468 ^F	0.234	-
Çalışma durumu Evet ^A Hayır ^B	20.24±3.64 19.78±3.32	1.184 ^z	2.85	-	50.24±9.83 58.62±12.09	-4.327 ^t	0.001**	A<B	14.86±8.60 10.09±7.46	3.614 ^t	0.001**	B<A
Meslek İşçi ^A Emekli ^B Ev hanımı ^C Diğer (memur, serbest) ^D	20.09±2.14 19.08±3.47 20.06±2.86 19.09±4.84	2.782 ^H	0.426	-	51.9±9.71 58.6±11.73 60.0±11.27 51.5±13.35	6.172 ^F	0.001**	A, D<B, C	14.6±8.11 13.0±5.71 4.38±4.25 17.5±8.55	27.99 ^F	0.001**	C<A, B C, B<D
Sigara İçen ^A İçmeyen ^B Bırakmış ^C	19.57±4.42 20.16±2.62 20.07±2.53	0.108 ^H	0.948	-	49.26±10.99 60.46±10.92 60.54±10.06	21.379 ^F	0.001**	A<B, C	16.86±8.33 6.86±5.68 11.39±4.86	38.175 ^F	0.001**	B<C<A
Alkol Evet ^A Hayır ^B	20.24±3.64 19.78±3.32	-0.914 ^z	0.361	-	50.24±9.83 58.62±12.09	-4.327 ^t	0.001**	A<B	14.86±8.60 10.09±7.46	3.614 ^t	0.001**	-
BKI Normal ^A Hafif kilolu ^B Obez ^C	20.37±3.12 19.45±3.66 21.33±1.63	5.050 ^F	0.080	-	64.83±5.64 58.88±11.18 53.29±12.35	6.26	0.002**	A>B, C	7.00±5.18 11.42±8.52 12.00±7.72	1.07 ^t	0.345	A<B, C
Kronik hastalık durumu Var Yok	19.15±4.44 20.52±2.13	-1.717 ^z	0.087	-	57.39±11.70 55.10±12.32	1.223 ^t	0.223	-	11.63±7.93 11.43±8.27	0.161 ^t	0.872	-
Kronik hastalıklar DM KVH (KAH, kalp hastalığı, ritm bozukluğu Solunum (koah, astım) hastalıkları Kanser	19.63±4.01 19.59±4.06 16.92±2.95 19.09±6.71			-	57.86±12.20 57.33±10.53 47.29±12.03 57.64±8.20			-	10.66±7.48 12.07±8.23 14.84±12.15 12.00±8.00			-
İlaç kullanma durumu Evet ^A Hayır ^B	18.79±4.75 21.00±1.12	-1.553 ^z	0.120	-	57.57±11.88 51.44±12.17	1.441 ^t	0.154	-	10.90±7.01 18.56±11.19	-2.807 ^t	0.007**	A<B

*p<0.05, **p<0.01, t: Independent Samples T Testi, z:Mann Whitney U Testi, H:Kruskal Wallis H Testi, F:One Way ANOVA, Fark: Post Hoc Testleri, A: İşçi, B:Emekli, C: Ev Hanımı, D:Diğer(memur,serbest)

Tablo 4.3.2. Katılımcıların hipertansiyona ait özelliklerine göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeylerinin karşılaştırılması (n=168)

	Kardiyovasküler risk bilgi düzeyi				Hipertansiyon öz etkililik puanı				Kardiyovasküler risk			
	$\bar{X} \pm SS$	t veya z F veya H	p	Fark	$\bar{X} \pm SS$	t veya z F veya H	p	Fark	$\bar{X} \pm SS$	t veya z F veya H	p	Fark
Hipertansiyon tanı süresi 10 yıl altı 10 yıl üzeri	20.45±2.06 19.48±4.16	-0.749 ^z	0.454	-	54.53±12.56 57.38±11.57	-1.522 ^t	0.13	-	11.53±8.73 11.50±7.59	0.026 ^t	0.979	-
Antihipertansif kullanma durumu Evet ^A Hayır ^B	20.07±3.65 19.61±2.90	-1.657 ^z	0.098	-	61.31±9.89 46.09±9.27	9.634 ^t	0.001**	B<A	9.77±6.52 14.88±9.71	-3.574 ^t	0.001**	A<B
Ailede hipertansiyon öyküsü Evet ^A Hayır ^B	20.59±3.06 19.31±3.61	-2.960 ^z	0.003*	B<A	55.42±12.58 56.74±11.62	-0.705 ^t	0.482	-	11.81±8.17 11.25±8.07	0.445 ^t	0.657	-
Hipertansiyon bulanan ebeveyn Anne Baba Anne ve baba	20.69±3.78 20.61±2.04 19.86±2.04	2.710	0.258	-	55.83±12.44 54.97±13.91 54.86±7.84	0.048	0.953	-	11.39±7.68 13.42±8.30 7.14±9.55	1.835	0.167	-
Son 1 yılda hastaneye yatma Evet ^A Hayır ^B	19.87±4.63 19.92±3.20	-0.071	0.943	-	60.91±11.05 55.35±12.08	2.075	0.004*	B<A	10.74±6.62 11.64±8.32	-0.494	0.622	-
Düzenli doktora gitme Evet ^A Hayır ^B	20.53±3.15 19.29±3.57	-3.043 ^z	0.002**	B<A	63.77±7.13 48.36±11.05	10.717 ^t	0.001**	B<A	10.05±6.50 13.04±9.28	-2.404 ^t	0.017*	A<B
İlaçları önerilen sıklıkta kullanma Evet ^A Hayır ^B	20.11±3.75 19.62±2.79	1.967 ^z	0.049*	B<A	62.65±8.24 45.86±9.78	11.926 ^t	0.001**	B<A	9.94±6.23 14.05±9.97	-2.954 ^t	0.004**	A<B
Kan basıncı ölçüm yapma durumu Evet ^A Hayır ^B	20.29±3.77 19.48±2.90	-2.642 ^z	0.008**	B<A	63.69±7.50 47.26±10.23	11.663 ^t	0.001**	B<A	10.02±6.53 13.30±9.38	-2.572 ^t	0.011*	A<B
Düzenli yapılan sağlık önerileri Beslenme Fiziksel aktivite İlaç tedavisi Stres yönetimi	20.39±2.95 20.30±3.17 20.08±3.66 20.47±3.10			-	61.13±9.12 59.36±11.34 62.01±8.80 57.56±12.96			-	10.29±7.05 11.39±8.05 9.67±6.24 11.70±8.35			-

*p<0.05, **p<0.01, t: Independent Samples T Testi, z: Mann Whitney U Testi, H: Kruskal Wallis H Testi, F: One Way ANOVA

4.4 Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Düzeylerine Göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 4.4.1. Katılımcıların kardiyovasküler risk düzeylerine göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeylerinin karşılaştırılması (n=168)

Bağımlı değişkenler	Kardiyovasküler risk düzeyi	n	$\bar{X} \pm SS$	F veya H	p	Fark
Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi	Düşük ^A	73	20.39±2.69	2.334 ^H	0.311	-
	Orta ^B	76	19.47±4.04			-
	Yüksek ^C	19	19.89±3.07			-
Hipertansiyon öz etkililik ölçeği	Düşük ^A	73	58.07±11.66	10.695 ^F	0.001**	A, B>C
	Orta ^B	76	57.25±11.39			-
	Yüksek ^C	19	44.84±10.45			-
Kardiyovasküler risk düzeyi	Düşük ^A	73	4.17±2.44	517.301 ^F	0.001**	A<B<C
	Orta ^B	76	14.49±3.47			-
	Yüksek ^C	19	27.47±2.99			-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, H: Kruskal Wallis H Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Post Hoc Testleri

Kardiyovasküler risk düzeylerine göre hipertansiyon öz etkililik düzeyleri ve kardiyovasküler risk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p < 0.05$). Kardiyovasküler risk düzeyi düşük hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri toplam puan ortalaması 58.07±11.66, kardiyovasküler risk düzeyi orta hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri toplam puan ortalaması 57.25±11.39 ve kardiyovasküler risk düzeyi yüksek hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri toplam puan ortalaması 44.84±10.45'tir. Kardiyovasküler risk düzeyi düşük ve orta olan hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri, kardiyovasküler risk düzeyi yüksek olan hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeylerinden yüksektir.

Tablo 4.4.2 Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=168)

Ölçek ve alt boyutları	Kat sayı	KARRİF-BD	HÖEÖ	KRD
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi	r	1		
	p			
Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi	r	.250**	1	
	p	.001		
Kardiyovasküler Risk Düzeyi	r	-.117	-.351**	1
	p	.132	.001	

*p<0.05, **p<0.01, r: Korelasyon katsayısı, KARRİF-BD: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, HÖEÖ: Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi, KRİD: Kardiyovasküler Risk Düzeyi*

Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile hipertansiyon öz etkililik düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu, hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyi puanları arttıkça, bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin arttığını göstermektedir. Öz etkililik düzeyi ile kardiyovasküler risk düzeyi arasında orta düzeyde negatif ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu, hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler risk düzeyi puanları arttıkça, bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

Tablo 4.4.3. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri üzerine hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin etkisine yönelik basit regresyon analiz sonuçları (n=168)

Değişken	B	Std. hata _B	β (Beta)	T	p
Sabitlik	16.537	1.237	-	13.372	.000
Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi	.060	.022	.212	2.784	.006
$R=0.212$ $R^2=0.45$, $F(1168)=7.75$, $p=0.006$, $p<0.05$					

Bağımlı değişken: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri

Bu çalışmada bağımsız değişkenler, hipertansiyon öz etkililik düzeyi ve kardiyovasküler risk düzeyleridir. Ancak kardiyovasküler risk düzeyi ile bağımlı değişken arasında ilişki tespit edilemediği için modele dahil edilememiştir. Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri

üzerine hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin etkisine yönelik basit regresyon analizi sonuçları Tablo 4.4.3'te gösterilmiştir. Kurulan basit regresyon analizinde modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, $F(1.168)=7.75$, ($p<0.05$). Hipertansiyon öz etkililik düzeyi, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puanlarındaki değişimlerin %45'ini açıklamaktadır.

Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri üzerine hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu modelde, hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyi puanları arttıkça, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin arttığı görülmektedir. Bu sonuç ile H_0 hipotezi reddedilmiş, H_1 hipotezi ise kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon Dünya çapında erken ölümlerin nedenlerinden biri olup, KVVH'ların oluşmasında bir risk faktörüdür. KVVH'ların oluşumunun engellenmesi için öz etkililik ve farkındalık düzeyinin yüksek olması önemlidir. Bu bölümde hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk ve öz etkililiğin risk farkındalığına etkisinin araştırıldığı bu çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Farklı çalışmalar arasındaki katılımcı sayısı, yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımlarındaki farklılıklar, hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk farkındalığının ve öz etkililiğinin araştırılmasında dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir.

Hipertansiyon ileri yaşta çok sık görülen bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon yaşlılarda gençlere göre daha fazla görülmektedir (30). Doğan ve Filho'nun yaptığı araştırmalarda kan basıncı değerlerinin yaş ile birlikte arttığı belirtilmiştir (138, 139). Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 57.63 ± 6.47 yıl olup yaş grubu açısından risk altında oldukları düşünülmektedir. Tad'ın yapmış olduğu çalışmada da yaş ortalaması 62.63 ± 11.05 yıl saptanmış olup, çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun yaş arttıkça bireylerin fiziksel güç kayıpları olduğu düşünülerek yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayamadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cinsiyet, hipertansiyonun seyri ve tedaviye uyum açısından önemli bir faktördür. Hormonal farklılıklar ve sosyal roller, hipertansiyonun etkilerini etkileyebilmektedir. Menopoz öncesinde kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı aynı yaş grubundaki erkeklere göre daha düşüktür. Fakat kadınlar menopoz döneminde östrojen hormon düşüklüğünün KVVH üzerine etkileri nedeniyle ve vücut yapıları kaynaklı yaş ilerledikçe hipertansiyona daha çok yatkındır (140). Sözmen'in yaptığı çalışmada %66.6'sı kadın, Özdemir'in yaptığı çalışmada ise %51.7'i kadındır (9, 102). Bu çalışmada %60.1'i erkek, %39.9'u kadındır. Çalışmamızda kadınlarda daha az görülmesinin sebebinin öz etkililiklerinin yüksek olmasından ve yaşam tarzı değişikliklerine daha iyi uyum sağladıklarından olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların çoğunluğu ev hanımı (%29.5) ve emekli (%34) olup, çoğunluğu %70.2'si çalışmamaktadır. Akan ve arkadaşlarının çalışmasında ev hanımlarının oranı %29.5, emeklilerin %32.6, çalışmayanların ise %61.7 bulunmuş (110) olup, çalışma sonuçları ile benzerdir. Emekli ve ev hanımı olan bireylerin daha düzenli ve stresi az bir yaşam tarzına sahip olmaları, hipertansiyon yönetimi üzerinde olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir.

Sigara ile koroner kalp hastalığı arasında güçlü bir doz-risk ilişkisi vardır. Kan basıncının hızlı yükselmesine sebep olur (135). Sadece MI riskini değil; ani ölüm, periferik arter hastalığı, felç ve aort anevrizması riskini de arttırmaktadır (122). Wu ve ark. (2017) sigara içmeyen bireyler üzerinde yaptığı çalışmada sigara dumanına maruz kalmanın bile sistolik (4,24 mmHg) ve diyastolik (2,09 mmHg) kan basınçlarını arttırdığı tespit edilmiştir ve bu bireylerde hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (136). Çalışmada katılımcıların %38.7'si sigara kullanmakta olup, %17.3'ü bırakmış, %44.0'ı kullanmamaktadır. %7.4'ü alkol kullanmakta olup, %92.6'sı alkol kullanmamaktadır. Bostancı'nın yaptığı çalışmada %12.6'sı sigara kullandığı, %87.4 'ünün kullanmadığı, %5.6'sının alkol kullandığı, %94.4'ünün alkol kullanmadığı belirtilmiştir (111). Çalışmada sigara kullanım oranının düşük olmasında katılımcıların hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin yüksek olmasından ve sigara alışkanlıkları varsa bile bırakmış olabilecekleri düşünülmektedir. Akan ve arkadaşlarının çalışmasında sigara kullananlar %65.3, kullanmayanlar %34.7 olarak belirtilmiştir (110). Burada sigara kullananların çalışmamızdan fazla olmasının sebebinin bireylerin hipertansiyon ve KVH semptomu yaşamadıklarından ve risklerine yönelik bilinçli olmadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hipertansiyon sadece kan basıncı yüksekliği ile seyreden bir hastalık olmayıp basta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok sistemik hastalık ile ilişkilidir. Çalışmada katılımcılarda hipertansiyon dışında sırasıyla; en fazla diyabet, KVH ve kanser hastalığı (sırasıyla; %54.3, %16.0, %11.7) bulunmaktadır. Diyabet, hipertansiyon ile bir araya geldiğinde damarlara daha çok zarar verir ve kardiyovasküler hastalıkların gelişmesine sebep olur. Başer'in yaptığı çalışmada diyabeti olan bireylerde, olmayanlara göre hipertansiyon görülme sıklığı 1.5-2 kat daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır. Gönel' in çalışmasında ise en fazla diyabet ile kalp ve damar hastalığı (sırasıyla; %44.2, %35) olduğu saptanmıştır (112).

Arslandaş'ın yaptığı çalışmada %59.2'nin ek kronik hastalığı olduğu, %40.3'ü diyabet, %23.5'i kalp hastalığı, %11.0'ı astım ve KOAH, %6.1'i romatizmal hastalık ve %4.5'i hiperkolesterolemi olduğunu belirtmiştir (7). Yapılan çalışmalarla bu durumun benzer olduğu görülmektedir. Diyabet hipertansiyonun gelişmesine neden olan bir risk faktörüdür (5). Çalışmada diyabet hastalığının fazla görülmesinin hipertansiyon için risk faktörü olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Diyabet hipertansiyon ile bir araya geldiğinde damarlara daha çok zarar verir ve kardiyovasküler hastalıkların gelişmesine sebep olur. Mancia ve arkadaşlarının çalışmasında belirtildiği gibi, diyabet gibi durumlar hipertansiyon ile birleştiğinde kişilerin inme, geçici iskemik atak, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı ve kalp kapak hastalıkları gibi ciddi KVH riski artar (123). Bu nedenle, diyabet gibi eşlik eden hastalıkların hipertansiyonlu bireylerde sıkı bir şekilde takip edilmesi ve uygun tedavi yönetimi sağlanması önemlidir (124).

Hipertansiyonun kontrol altında tutulması, semptomların ve gelişecek risklerin önlenmesinde kan basıncı kontrolü ve yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir (6). Teke'nin (2016) kırsal kesimde yaptığı araştırmada hergün tansiyon ölçümü yapanların ortalaması 64.8 ± 10.8 olarak saptanmış ve buna bağlı olarak sistolik kan basınçlarının normal seyrettiği ve öz etkililiklerinin yüksek olduğu vurgulanmıştır (141). Çalışmamızda katılımcıların %54.2'si kan basıncı ölçümü yaptığı saptanmış olup, Altun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %68'inin kan basıncı ölçümü yaptığı belirtilmiştir (125). Bu durumun yapılan çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Çalışmamızda da bireylerin KVH bilgi düzeylerinin yüksek olmasından ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamaları ile desteklendiği görülmektedir. Çalışmada katılımcıların %50.6'nın düzenli olarak doktora gittiği, %49.4'nün ise gitmediği görülmüştür. Sarıhan'ın yaptığı çalışmada hastaların %57'sinin düzenli doktor kontrolüne gitmediği belirtilmiştir. Benzer şekilde Akgün ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %60.5'i sadece ilaçları bitince kontrole gittiğini belirtmiştir (87, 101). Çalışmamızda katılımcıların farkındalıklarının yüksek olması ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarıyla ilişkili olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Beslenme alışkanlıkları, kardiyovasküler hastalıkların yönetiminde ve hipertansiyon tedavisinde kritik bir rol oynamaktadır. Yağlı yiyeceklerden ve tuzdan uzak durmak, hipertansiyonu kontrol altında tutmak için önemli bir adımdır.

Sanne ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da beslenme alışkanlıklarının hastalığı yönetmede etkili olduğu bildirilmektedir (126). Atan'ın yaptığı araştırmada da beslenmesine dikkat eden, yağlı yiyecekten ve tuzdan uzak duran, zararlı alışkanlıkları konusunda dikkatli olan hastaların tedaviye uyumlarının diğerlerine göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (113). Bu çalışmada da durum benzerdir. Beslenmesine dikkat eden katılımcı yüzdesi (%29.1) yüksek bulunmuştur. Bu durumda katılımcıların hipertansiyona yönelik tuzsuz diyetle önem verdikleri düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması

Çalışmada kardiyovasküler hastalıklar bilgi düzeyi puan ortalaması 19.92 ± 3.41 bulunmuştur. Whelton ve arkadaşlarının çalışmasında 20.21 ± 4.39 , Tan ve arkadaşların kırsal kesimde yaptığı çalışmada 19.35 ± 2.99 olarak saptanmıştır. Tan ve arkadaşlarının çalışmasında (114). KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin bu çalışma ve diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmasının nedeni çalışmanın kırsal kesimde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kırsal bölgelerde genellikle sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık eğitimi konusunda bazı zorluklar yaşanabilmekte, bu da katılımcıların bilgi düzeylerini etkileyebilmektedir.

Çalışmada herhangi bir işte çalışanların KARRİF-BD puan ortalaması 20.24 ± 3.64 'tür. Yapılan çalışmalarda çalışanların KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması 18.65 ± 4.04 ve 19.35 ± 2.99 bulunmuştur (115). Bu sonuçlar çalışma bulguları ile benzer olup, çalışanların kardiyovasküler risk faktörlerini izleme ve farkındalık düzeylerinin yakın olduğunu göstermektedir. Bu tür ölçekler, çalışanların kardiyovasküler riskleri hakkında bilinçlenmelerine ve risklerini azaltmak için uygun adımlar atmalarına yardımcı olabilir. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması büyük önem taşımaktadır (127). Risk faktörlerine yönelik gerekli önlemlerin alınmaması, hipertansiyon dahil tüm kardiyovasküler hastalıkların meydana gelmesine sebep olmaktadır (128).

Yusuf ve arkadaşları yaptıkları 52 ülkeyi kapsayan geniş örneklemli bir çalışmada kardiyovasküler hastalıkların gelişimindeki risk faktörlerini ortaya koymuştur. Araştırmalar, yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık, beslenme düzeni, fiziksel aktivite düzeyi, sigara içme ve kan basıncı gibi faktörlerin kardiyovasküler

hastalıkların oluşma riskini artırdığını göstermektedir. Ancak, kardiyovasküler risk faktörlerine maruz kalmak, bireylerin yaşam tarzı ve davranışlarını da etkiler. Bu noktada öz etkililik kavramı önem kazanır. Öz etkililik, kişinin kendi davranışlarını düzenleme ve değiştirme konusundaki inancını ifade eder (129). Round ve arkadaşları, obezite ile mücadelede öz etkililiğin önemini vurgulamıştır. Sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapma konusunda yüksek öz etkililiğe sahip olan bireylerin, obeziteyi azaltma ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini azaltma konusunda daha başarılı oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca Rondung ve arkadaşları, sigara bırakma programlarına katılan bireylerin öz etkililiğinin, sigarayı bırakma sürecindeki başarılarını etkilediğini göstermiştir (130). Sigara bırakma konusunda yüksek öz etkililiğe sahip olan bireylerin, sigara içmeyi bırakma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve yönetimi için kardiyovasküler risk faktörleri ve öz etkililik kavramları büyük önem taşır. Kardiyovasküler risk faktörleri, hastalıkların gelişimine yatkınlığı artırırken, öz etkililik bireylerin sağlıklı davranışları benimsemesi ve risk faktörlerini azaltması için kritik bir rol oynar.

5.3. Katılımcıların Tanıtıcı ve Hipertansiyona İlişkin Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi, Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeyi ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

Kardiyovasküler hastalıkların değiştirilemeyen risk faktörlerinden biri de yaştır. Yaş arttıkça kardiyovasküler risk artmaktadır. Savji ve arkadaşlarının 3.6 milyondan fazla kişinin bulunduğu bir veri tabanı üzerinden yaptığı araştırmada, yaşamın her on yılı için, KVH riskinin iki katına çıktığı belirtilmiştir (138). Çalışmada yaş ortalaması 57.63 ± 6.47 üstünde olanlarda kardiyovasküler risk daha düşük saptanmıştır. Bu farkın orta yaştaki bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine gençlere göre daha uyumlu olduklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada sigara içmeyenlerin bilgi düzeyi (20.16 ± 2.62) içenlere (19.57 ± 4.42) göre yüksek bulunmuştur. Sigara kullanmayanlar %44, kullananlar ise %38.7'dir. Mullie ve arkadaşlarının sigara kullanmayanlar %89.9, Tan ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara kullanmayanlar %73.5'tir (105, 114). Sigara içenlerin bilgi düzeyinin daha düşük olmasının nedeni, sigara bağımlılığından kaynaklanabilir. Bu tür bulguların daha iyi anlaşılması için ileri araştırmalara ve sağlık eğitimi stratejilerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Sigara, kardiyovasküler

hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür ve hipertansiyonlu bireylerde sigaranın bırakılması teşvik edilmelidir (123).

Alkol kullanan hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyleri, alkol kullanmayanlara göre düşüktür. Alkol kullanan katılımcıların kardiyovasküler risk düzeyleri, alkol kullanmayanlardan yüksektir. Öz etkililik puanlarının düşük, kardiyovasküler risk düzeylerinin yüksek olmasının nedeni; alkolün bağımlılık etkisi ile birlikte bireylerin sağlıklı düşünüp davranışlarını kontrol altına alamamaları olarak düşünülmektedir.

Bu çalışmada obez olanların kardiyovasküler bilgi düzeyi ortalaması (21.33 ± 1.63), hafif kilolu olanların ortalamasından (19.45 ± 3.66) ve normal kilolu olanların ortalamasından (20.37 ± 3.12) yüksek bulunmuştur. Sözmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında da obez bireylerin obez olmayanlara göre farkındalıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeninin obez bireylerin, sigara kullanımı ve DM, KKH gibi kronik hastalıklar nedeniyle bireylerin sağlık hizmeti almaları, bu sayede hastalığın erken tanınması ve hastalık yönetimi hakkında bilgilendirme yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sözmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilaç tedavisi alan bireylerin %49.6'sının kan basıncı düzeyi, kan basıncı için kontrol düzeyi olarak kabul edilen 140/90 mmHg'nin altındadır (9). Bu bulgu, bu çalışmada öz etkililik düzeyine benzer olarak görülmüştür. Dolayısıyla tedavi alanların kardiyovasküler risk düzeyleri de düşük çıkmış olabilmektedir.

Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kardiyovasküler hastalık risk bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür. Mullie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır. Bu durum eğitim düzeyinin kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyini artırmada önemli olduğunu göstermektedir (105). Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, genellikle daha fazla sağlık bilgisi ve sağlık davranışları hakkında daha bilinçli kararlar alma eğilimindedir. Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmak, kişilerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını benimsemesini ve kardiyovasküler risklerin azalmasını sağlamaktadır.

Aile sağlığı merkezinde yapılan bir çalışmada ailede KVH varlığının ve hipertansiyonun KARRIF-BD ölçeği puanlarını etkilemediği sonucuna varılmıştır (10). Çalışmada bilgi düzeyinin yüksek çıkmasının aile fertlerinde hipertansiyon ile ilgili semptomları, ilaç kullanımı ve riskleri gibi konularda daha yakından tanık

oldukları düşünülmektedir. Ailede hipertansiyon hastası olan bireyler, hastalıkla ilgili konulara daha fazla maruz kalma eğilimindedir. Hipertansiyonlu bireylerin aile üyeleri, hastalığın etkilerini ve risklerini yakından gözlemleyerek, bilgi düzeylerini artırabilir. Ayrıca, hipertansiyonun tedavi süreci, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımı konularında aile üyelerinin bilgi sahibi olması da mümkün olabilmektedir. Aile içinde bir üye hipertansiyon hastası olduğunda, diğer aile üyelerinin de kardiyovasküler sağlık konularına ilgi göstermeleri ve bilgi düzeylerini artırmaları beklenmektedir (12, 131). Bu çalışmadaki sonuçlar, aile içindeki hipertansiyon hastalığının diğer aile üyelerinin kardiyovasküler hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyini etkilemediğini göstermektedir. Bunun nedeninin bireylerin hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklara yönelik semptom yaşamadıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.4. Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Düzeylerine göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Hipertansiyon Öz Etkililik Düzeyi ve Kardiyovasküler Risk Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmada kardiyovasküler risk düzeyinin; %43.1'inin düşük, %45.5'inin orta ve %11.4'ünün yüksek olarak bulunması, katılımcıların genel olarak ortalama ve düşük risk altında olduğunu göstermektedir. Ancak diğer çalışmalara (82, 112) göre, bireylerin kardiyovasküler risk düzeyleri arasında belirgin farklar olduğu görülmektedir. Balcı ve arkadaşlarının ofis çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada %79.1'inin düşük, %13.4'ünün orta ve %7.5'inin yüksek düzeyde kalp hastalığı riski taşıdığı belirlenmiştir. Ofis çalışanları, genellikle daha düşük fiziksel aktivite düzeyine sahiptir ve bu nedenle kardiyovasküler risk faktörleri açısından daha yüksek oranda bir risk taşıyabilmektedir. Alzeidan ve arkadaşlarının çalışmasında ise %15'inin orta risk, %10'nun ise yüksek riskli olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmadaki bireylerin kardiyovasküler risk düzeyinin, Alzeidan ve arkadaşlarının çalışmasındaki katılımcılara göre daha düşük olduğunu göstermektedir (116). Bu çalışmada kardiyovasküler risk düzeyinin çıkmasının bilgi düzeyi ve öz etkililiklerinin yüksek olmasından olabileceğini düşündürmektedir. Sağlığı konusunda farkındalığı yüksek olan bireyler, kardiyovasküler risk faktörlerini daha iyi anlayabilmekte ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını benimsemekte daha başarılı olabilmektedir. Bu da kardiyovasküler risk düzeyini düşürmeye yardımcı olabilmektedir.

Çalışmada kardiyovasküler risk düzeyi düşük olanların kardiyovasküler risk bilgi düzeyi ortalaması (20.39 ± 2.69) yüksek çıkmıştır. Balcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada risk düzeyi düşük olanların bilgi düzeyi ortalaması (18.76 ± 2.96) düşük olarak saptanmıştır. Bu durum çalışmadaki katılımcıların risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olduklarının ve değiştirilebilir risk etmenlerine dikkat ettiklerini düşündürmektedir (82). Çalışmada katılımcıların düşük risk düzeyine sahip olmalarının, kardiyovasküler risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olduklarını ve bu risk faktörlerini yönetme konusunda bilgi düzeylerini arttırdıklarını düşündürmektedir.

Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile hipertansiyon öz etkililik düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu, hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyi puanları arttıkça, bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bu sonuç, sağlık eğitimi ve farkındalığın, bireylerin bilgi düzeyini ve kendi sağlıklarıyla ilgili etkinliklerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Gönel tarafından yapılan bir çalışmada ilaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz etkililik ölçeği puan ortalaması 37.30 ± 6.34 'tür. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi konulu farklı bir çalışmada ise hipertansiyonla ilgili farkındalık düzeyleri ve tedaviye uyum konusundaki öz etkililikleri arttıkça, kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir (13, 132).

Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile kardiyovasküler risk düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyi ile kardiyovasküler risk düzeyi arasında orta düzeyde negatif ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu, hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler risk düzeyi puanları arttıkça, bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin azalacağını göstermektedir. Çalışmada hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyi ile kardiyovasküler risk düzeyi arasında orta düzeyde negatif ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuç, bireylerin kardiyovasküler risk düzeyi puanları arttıkça, hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Yani, kardiyovasküler risk düzeyi yükseldikçe, hipertansiyonlu bireylerin tedaviye uyum ve hastalığı yönetme konusundaki öz etkililikleri düşmektedir. Bu durumun altında yatan nedenler çeşitli olabilir. Hipertansiyonlu bireylerin risk düzeyleri arttıkça, hastalığın kontrolü ve

tedavi sürecine uyum sağlama konusundaki zorluklar artabilir. Bu da hipertansiyonlu bireylerin öz etkililik düzeylerinin düşmesine yol açabilir. Aynı zamanda, yüksek kardiyovasküler risk düzeyine sahip olan bireylerin, hastalığın olumsuz sonuçlarına ilişkin kaygı ve endişeleri artabilir, bu da öz etkililiklerini olumsuz etkileyebilir (13, 14). Bu sonuçlar, sağlık hizmetlerinde hipertansiyonlu bireylerin öz etkililiklerini artırmaya yönelik çalışmaların önemini vurgulamaktadır. Tedaviye uyumun ve hastalığın yönetimi konusundaki öz etkililiklerin artırılması, kardiyovasküler risk düzeyini azaltmada ve komplikasyonların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Ancak, bu sonuçların anlaşılması ve açıklanması için daha fazla araştırma yapılması gerekebilir.

Kurulan basit regresyon analizinde modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, $F(1.168)=7.75$ ($p<0.05$). Hipertansiyon öz etkililik düzeyi, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puanlarındaki değişimlerin %45'ini açıklamaktadır. Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri üzerine hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu model, hipertansiyonlu bireylerin hipertansiyon öz etkililik düzeyi puanları arttıkça, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin artacağını göstermektedir (14). Elde edilen sonuçlar, hipertansiyonlu bireylerin sağlık bilgi düzeylerini ve sağlık davranışlarını iyileştirmeye yönelik çalışmaların önemini vurgulamaktadır. Hipertansiyon öz etkililik düzeyinin artırılması, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlar. Bu sonuçlar, sağlık eğitimi ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetleri, bireylerin kardiyovasküler hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri sunarak hipertansiyon öz etkililik düzeylerini desteklemeli ve güçlendirmelidir (133). Ancak, bu sonuçların anlaşılması ve açıklanması için daha fazla araştırma yapılması ve farklı değişkenlerin etkilerinin değerlendirilmesi önemlidir.

Sonuç olarak, çalışmada kurulan basit regresyon analizi sonucunda, hipertansiyon öz etkililik düzeyinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puanlarını %45 oranında açıkladığı görülmektedir. Bu sonuçlar, hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini artırmak için hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Katılımcıların yaş ortalamaları 57.63 ± 6.47 yıl olup, yüzde 60.1'i erkek, %39.9' u kadındır. Çoğunluğu ilköğretim mezunu (%59.1) ve emeklidir (%34.0). Hipertansiyon dışında kronik hastalık olarak %54.3'ü diyabet, %16 KAH, %11.7 kanser, %6.4'ü kanser hastalığına sahiptir.
- Ailede hipertansiyon öyküsü olanlar %47.6 olup, en çok annede (%52.5) bulunmaktadır.
- Katılımcıların %66.1'i antihipertansif ilaç kullanmakta, %50.6'sı düzenli olarak doktora gitmektedir.
- Düzenli olarak yapılan sağlık önerilerinden sırasıyla beslenme (%29.1), ilaç tedavisi (%26.1), fiziksel aktivite (%23.5) ve stres yönetimine (%21.3) uyum sağlamaktadır.
- Hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve hipertansiyon öz-etkililik düzeyin yüksek, kardiyovasküler risk düzeyi ise düşüktür. %67.9'u yüksek bilgi düzeyine, %56.5'i yüksek öz etkililik düzeyine ve %43.1'i düşük kardiyovasküler risk düzeyine sahiptir. Ev hanımlarının bilgi düzeyleri ve öz etkililik puanları daha yüksek çıkmıştır.
- Antihipertansif ilaç kullananların kardiyovasküler risk düzeyleri düşüktür. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanların, olmayanlara göre kardiyovasküler hastalık risk bilgi düzeyi yüksek, kardiyovasküler risk düzeyi de yüksek çıkmıştır. Düzenli olarak tansiyon ölçümlerini yaptırmakta ve sağlık önerilerine uymaktadır.
- Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile hipertansiyon öz etkililik düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$).
- Öz etkililik düzeyi ile kardiyovasküler risk düzeyi arasında orta düzeyde negatif ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$).
- Kurulan basit regresyon analizinde modelinde; hipertansiyon öz etkililik düzeyi, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puanlarındaki değişimlerin %45'ini açıklamaktadır. Hipertansiyonlu

bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri üzerine hipertansiyon öz etkililik düzeylerinin etkisi anlamlıdır.

6.2 Öneriler

- Risk düzeyini azaltmak ve öz etkililiği arttırmak için kardiyovasküler hastalıklar ve komplikasyonlar konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi, farkındalık oluşturulması ve izlemin sağlanması,
- Hipertansiyon ile ilgili kliniklerde hizmet veren hemşirelerin kardiyovasküler sistem hastalıkları risk faktörleri ve riski azaltmaya yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Toplum genelinde kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin belirlenmesi, risk düzeyi yüksek olan kişilere kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve yönetimi konularında danışmanlık hizmetinin sunulması ve izlemlerin sağlanması,
- Farklı örneklem gruplarında araştırmanın tekrarlanması,
- Kardiyovasküler riskin azaltılması, öz etkililik düzeyinin artırılmasına yönelik randomize kontrollü çalışmaların yapılması ile risk farkındalığına etkinin belirlenmesi,
- Mobil uygulamalar, interaktif web tabanlı platformlar veya akıllı cihazlar için sağlık uygulamaları aracılığıyla hipertansiyonlu bireylerin kardiyovasküler risk farkındalığını artırmak ve öz etkililiklerini geliştirmek için eğitim programları tasarlanabilir. Bu yöntemle, katılımcılar günlük takip edilebilirler ve düzenli olarak sağlık bilgilerine ve motive edici içeriklere erişilebilirliğin sağlanması,
- Hipertansiyonlu bireylerin ve ailelerinin katılımıyla toplum etkinlikleri düzenlenerek kardiyovasküler risk faktörleri, sağlıklı yaşam tarzı ve öz etkililiği üzerine bilgilendirici seminerler ve atölye çalışmaları düzenlenmesi,
- Hipertansiyonlu bireylere yönelik basılı materyaller veya dijital rehberlik kitapçıkları oluşturulabilir. Bu materyallerde, kardiyovasküler riskleri azaltma stratejileri, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve ilaç uyumu gibi önemli konuların yer alması sağlanmalıdır.

- Hipertansiyonlu bireylerin, benzer durumda olanlarla bir araya geleceği sosyal destek grupları oluşturulabilir. Bu gruplar, deneyim ve bilgi paylaşımı yoluyla risk farkındalığını ve öz etkililiği artıracaktır.
- Bitkisel ürünler, akupunktur, yoga veya meditasyon gibi alternatif ve tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarına yönlendirilmelerin sağlanması ve teşvik edilmesi,
- Verilen sağlık hizmetlerinde, bireylerin beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını destekleyici yönde düzenlemeler yapılması,
- Bu öneriler, hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk farkındalığı ve öz etkililiğinin arttırılmasına yönelik farklı ve yaratıcı yaklaşımlar sunmaktadır. Bu tür çalışmalar, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine ve toplumun genel sağlık bilincinin arttırılmasına önemli bir katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Aile hekimliği uygulamasında hipertansiyon tanı süreci ve yönetim. Turkish Family Physician . 2016;3(2).
2. Hipertansiyon;2023 [Erişim tarihi: 26 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 25 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/turki-ye-bulasici-olmayan-hastaliklar-ve-ri-sk-faktorleri-kohort-calismasi.html>
4. TÜİK,2019 [Erişim tarihi: 25 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
5. Yıldırım N, Durna Z. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(3):305-315.
6. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018;26(2):79-92.
7. Arslantaş EE, Sevinç N, Çetinkaya F, Aykut OG. Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. Ege Tıp Dergisi. 2019;58(4):329-339.
8. Arıkan A, Aydın A, Ekerbiçer HÇ, Karaaytaç R, Zeytinoğlu Y, Muratdağı G, ve ark. Hipertansiyon tanısı olan hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. 2020;10:33-40.
9. Sözman K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. Dicle Tıp Dergisi. 2015;42(2):199-207.
10. Uçar A, Arslan S. Aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. Journal of Cardiovascular Nursing. 2017;8(17):121-30.
11. Dülek H, Vural ZT, Gönenç İ. Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. Dicle Tıp Dergisi. 2019;46(3):449-459.
12. Çürük GN, Korkut Bayındır S, Oğuzhan A. Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sağlık Bilimleri Dergis. 2018;27(1):40-47.
13. Hebcan Örs S, Tümer A. Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2020;2(2):81-88.
14. Eray A, Set T, Ateş E. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(1):12-19.
15. Türkoğlu N, Kılıç D. Turkish reliability and validity study of the hypertension self-efficacy scale. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing.2021;12(29):190-5.

16. Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Gümüştaş KÖ, Akyaman KE. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;33(3):1-10.
17. Köhler AK, PT, Nilsson TJAS. Patient empowerment and general selfefficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. Kärner Köhler Et Al. BMC Family Practice. 2018;19(76).
18. Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu;2022 [Erişim tarihi: 22 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://temd.org.tr/yayinlar/kilavuzlar>.
19. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, ve ark. A018 esc/esh guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;(00):1-19.
20. World Health Organization. Hypertension. URL: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1. 08.Mart 2023.
21. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, ve ark. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. Bull World Health Organ. 2014;92:10-19C.
22. TÜİK;2021 [Erişim tarihi: 07 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715>
23. Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, VS. Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin tekharf çalışması verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2004;32(8):533-541.
24. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, ve ark. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates inturkey from 2003 to 2012. Journal Of Hypertension. 2016;34(6):1208.
25. Jagadeesh G, Balakumar P, Maung-U K. Pathophysiology and pharmacotherapy of cardiovascular disease. Pathophysiology and Pharmacotherapy of Cardiovascular Disease. 2015;1-1342.
26. Kurultak İ, Calayoğlu R. Yoğun bakım hastalarında hipertansiyon. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(2):126-136.
27. Aygün O, Yavuz S, Aygün K, Yıldırım E. Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(4):170-178.
28. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. Kardiyovasküler Hemşirelik Derigisi. 2016;7:2-11.
29. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2013;4(5):30-40.
30. Çakan FÖ. İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. Türk Kardiyoloji Derneği. 2017;45(5):5-8.
31. Hipertansiyon [internet]. Türk Kardiyoloji Derneği; 2023 [Erişim tarihi: 20.07.2023]. Erişim adresi: https://tkd.org.tr/hipertansiyon-calisma-grubu/sayfa/toplum_icin_bilgiler
32. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Ankara Medical Journal. 2012;12(1):37-41.

33. World Health Organization. Obesity. URL: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. 3 Mart 2023.
34. Gürkaş E, Kiraz M, Temizer M. Gaziantep ili istasyon aile sağlığı merkezi'ne başvuran erişkinlerde obezite sıklığı. Konuralp Tıp Dergisi. 2014;6(2):5-8.
35. Gülnar GY, Demir BK. Çocuk ve adolesanlarda obezite ilişkili hipertansiyon mekanizmaları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;2(2):39-43.
36. Önsüz MF, Zengin Z, Özkan M, Şahin H, Gedikoğlu S, Erseven S, ve ark. Sakarya'da bir ilköğretim okulu öğrencilerinde obezite ve hipertansiyonun değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2011;1(3):86-92.
37. Al-Khaldi YM. Quality of hypertension care in the family practice center, aseer region, saudi arabia. Journal Of Family And Community Medicine. 2011;18(2):45-48.
38. Uysal HB, Yaşar MB, Sönmez HM. Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(2):54-63.
39. Ulaş B, Uncu F, Soylar P. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve fiziksel inaktivite. Med-Science. 2016;5(2):529-538.
40. Onat A, Hergenç G, Küçükduymaz Z, Bulur S, Kaya Z, Can G. Fizik aktivitenin türk yetişkinlerini metabolik bozukluklardan koruduğuna dair ilişkin ileriye dönük kanıt. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi . 2007;35(8):467-474.
41. Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;3(3):234-241.
42. Bıçak R, Mazıcıoğlu M, Üstünbaş HB. Birinci basamakta kardiyovasküler hastalıklara nonfarmakolojik öneriler. Konuralp Tıp Dergisi. 2013;5(1):53-59.
43. Smith PJ, Blumenthal JA, Babyak MA, Craighead L, Welsh-Bohmer KA, Browndyke JN, ve ark. Effects of the dietary approaches to stop hypertension diet, exercise, and caloric restriction on neurocognition in overweight adults with high blood pressure. Hypertension. 2010;55(6):1331-1338.
44. Arıcı M, BA, YE, Dericü Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, ve ark. Türk hipertansiyon prevalans çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği . 2012.
45. Jones LM, Phd , Rn , Acns-Bc , Rosemberg MS, Phd , ve ark. Opportunities for the advanced practice nurse to enhance hypertension knowledge and self-management among african american women. Clinical Nurse Specialist. 2017;31(6):311-318.
46. Oğuz S, Yanmış S, Yılmaz B, Atman R. Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2019;10(21):1-7.
47. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Boşhm M, ve ark. A013 esh/esc arteriyel hipertansiyon kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2014;4.
48. Oğuz S, Bayrak B, Genç A, Çamcı G. The effect of sad text on blood pressure. Pakistan Heart Journal. 2018;51(3):204-210.

49. Whelton PK, Mb, Md, Msc, Faha, Carey RM, ve ark. 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: executive summary: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. American Heart Association. 2018;71(6):1269-1324.
50. Tekin G. Sistemik hipertansiyonun güncel tanı ve tedavisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2016;25(2):163-180.
51. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014;7(2):98-108.
52. Kumbasar D. Kalp sağlığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013; Ankara,Türkiye.
53. Rêgo ML, Cabral DA, Fontes ECCAEB. Physical exercise for individuals with hypertension: it is time to emphasize its benefits on the brain and cognition. Clinical Medicine Insights. 2019;13:1-10.
54. Gündüz R, Usalp S. Genç kalp krizlerinde klinik, laboratuvar ve anjiyografi özellikleri: çok merkezli retrospektif çalışma. Health Sciences İnstitute Journal. 2022;9(1):126-130.
55. Göktaş ME, Yağanoğlu M. Veri bilimi uygulamalarının hastalık teşhisinde kullanılması: kalp krizi örneği. Bilişim Sistemleri ve Yönetim Araştırmaları Dergisi. 2020;2(2):26-32.
56. Kim EM, Phd , Hwang SY, Phd , Kim AAL, Phd . kırsal kesimdeki yaşlı insanlar arasında inme ve kalp krizi semptomları ve risk faktörleri bilgisi: bir anket araştırması. Korean Society Of Cardiology. 2011;41(5):259-264.
57. Arıkan İ, Metintaş DS, Kalyoncu DC, Yıldız DZ. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (karrif-bd) ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. Türk Kardiyoloji Derneği. 2009;37(1):35-40.
58. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, ve ark. Türk hipertansiyon uzlaş raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi . 2015;43(4):402-409.
59. Türe M, Kurt İ, Yavuz E, Kürüm T. Hipertansiyonun tahmini için çoklu tahmin modellerinin karşılaştırılması. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2005;5(1):24-8.
60. Kılıç T, Üstü Y. Hipertansiyon için birinci basamak kullanımına yönelik kanıta dayalı bir rehber çalışması. Ankara Medical Journal. 2012;12(4):205-13.
61. Karadakovan A, FEA. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara:Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014,559-571.
62. Carey RM, Md , Muntner P, Phd , Bosworth HB, P, ve ark. Prevention and control of hypertension: jacc health promotion series. J Am Coll Cardiol. 2018;72(11):1278-1293.
63. Aker EB, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. Türk hipertansiyon uzlaş raporları:2015\den 2019\'a neler değişti?. Konuralp Tıp Dergisi. 2020;12(2):326-333.
64. Noce A, Bernini ARAR. Dietary intake and chronic disease prevention. Nutrients. 2021;13:1358.
65. Arıkan S, Bardak Perçinci N. Karbonhidratların kronik hastalıklarla ilişkisi ve tıbbi beslenme tedavisindeki rolü. Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi. 2021;2(1):36-50.

66. Ünal RN. Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde beslenme: güncel yaklaşımlar. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2015;43(1):78-86.
67. Üstü Y, Uğurlu M. Hipertansiyona pratik yaklaşım. *Ankara Medical Journal* . 2018;18(3):447-453.
68. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu;2019 [Erişim tarihi: 22 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://temd.org.tr/yayinlar/kilavuzlar>.
69. Yılmaz FT, Kumsar AK, Çelik S. Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2018;15(2):63-70.
70. Yılmaz M, Boylu M. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13(1):27-34.
71. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;3(4):223-31.
72. Yıldırım C. Hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyumuna etkisi [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2019.
73. Himmelfarb CRD, Rn , Anp , Phd , Faan , Faha , ve ark. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Ann Glob Health* . 2016;82(2):243-253.
74. Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;14(2):39-47.
75. Taş F, Büyükbeşe MA. Hypertension awerenes and role of the nurse. *Taf Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(6):729-734.
76. Vatansever Ö, Ünsar S. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler hemşirelik dergisi*. 2014;5(8):66-74.
77. Kızılcı S, Mert H, Küçükçüçlü Ö, Yardımcı T. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin öz etkililik düzeyinin cinsiyet açısından incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(2):95-100.
78. Prasetya V, Dwi, Handayani. Peran kepuasan kerja, self esteem, self efficacy terhadap kinerja individual. *Jurnal Riset Manajemen Dan Akuntansi* . 2013;1(1):59-69.
79. Sevinç S. Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: pender' in sağlığı geliştirme modeli. *Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2016;7(14):147-152.
80. Kardiyovasküler hastalıklar (CVD'ler);2021 [Erişim tarihi: 09 Mart 2023]. Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
81. Oğuz S, Erguvan B, Ünal G, Bayrak B, Çamcı G. Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Mn Kardiyoloji*. 2019;26(3):185.
82. Balcı AS, Kolaç N, Şahinkaya D, Yılmaz E, Nurgiz C. Ofis çalışanlarında kardiyovasküler hastalık riski ve bilgi düzeyi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2018;9(18):1-6.

83. Güneş FE, Bekiroğlu N, Agirbaslı NİAM. Awareness of cardiovascular risk factors among university students in turkey. *Primary Health Care Research & Development*. 2019;20:1-10.
84. Ahmed E, Youssif M, Ayasreh İ, Al-Mawajdeh N. Assess the risk factors and knowledge on modification of lifestyle among patients who have experienced acute myocardial infarction in tahrir. *International Journal of Medical Science And Public Health*. 2013;2(2):359-9.
85. Cohen J. Statistical power analysis. *Curr Dir Psychol Sci*. 1992;1(3):98-101.
86. Söylemez GK. Hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi]. Erzincan: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
87. Sarıhan Ö. Hipertansiyon tanılı hastaların kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Trabzon: Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
88. Kültürsay H. Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2011;4:6-13.
89. Wilson PWF, D'agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel AWB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. 1998;97(18):1837-1847.
90. D'agostino RB, Sr, Phd, Grundy S, Md, Phd, ve ark. Validation of the framingham coronary heart disease prediction scores. *Jama*. 2001;286(2):180-7.
91. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002;106(25):3143-421.
92. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics Title: Using multivariate statistics C. 6, Using Multivariate Statistics. 2019.497-516s. Erişim adresi: <https://lccn.loc.gov/2017040173>
93. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analiz el kitabı. Ankara: Pegem Yayınları; 2020.
94. Pallant Julie, Balcı S, Ahi B. SPSS kullanma kılavuzu: SPSS ile adım adım veri analizi. 1.Basım. Anı Yayıncılık; 2017.
95. Kırış N, Çalışkan G. Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. *Medical Sciences (Nwsams)* . 2020;15(1):1-11.
96. Arslan DE, Kılıç Akça N. Akademik personelin kardiyovasküler risk farkındalıkları. *Kocaeli Med J*. 2020;9(2):31-38.
97. Satman, İ., Çalışma Grubu, T., (2013). TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması: Türk toplumuna özgü normal referans değerleri: TSH, FT4, IGF1, IGFBP3, Vitamin D ve eGFR. 35. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi (pp.54-57). Antalya, Turkey
98. Niriayoid YL, Ibrahim S, Kassa TD, Asgedom SW, Atey TM, Gidey K, ve ark. Practice and predictors of self-care behaviors among ambulatory patients with hypertension in ethiopia. *Plos One*. 2019.

99. Karagöz Y. Spss-amos-meta uygulamalı nicel-nitel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. Ankara: Nobel; 2021.
100. Zungur, Mustafa, and Ahmet Yıldız. 2004. "Hipertansif Hastaya Yaklaşım." *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 13(8): 297-303
101. Akgün Şahin Z, Biçer N (2015). Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Mn Kardiyoloji* 22(4): 180-5
102. Özdemir Ü (2003). Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
103. Tan M, Dayapoğlu N, Şahin ZA, MC, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(3):63-70.
104. Alzeidan R, Rabiee F, Mandil A, Hersi A, Fayed A. Non-communicable disease risk factors among employees and their families of a saudi university: an epidemiological study. *Plos One*. 2016;11(11).
105. Mullie P, Clarys P. Association between cardiovascular disease risk factor knowledge and lifestyle. *Food and Nutrition Sciences*. 2011; 2:1048-1053.
106. Erciyes Y. Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
107. EÇ. Tıp 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler risk farkındalığının ve kalp sağlığını koruyucu davranışların değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
108. Doğru BV, Utli H, Karaman E. Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2021;12(27):18-25.
109. Tad Sİ. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2021.
110. Akan DD, Çaydam ÖD, Çınar Pakyüz S. Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(2):241-249.
111. Bostancı Ş. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2019.
112. Gönel P. Hastaların hipertansiyon bilgilerinin tedaviye uyum ve öz-etkililik düzeylerine etkisinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Kuzey Kıbrıs: Doğu Akdeniz Üniversitesi; 2019
113. Atan G, Yılmaz EK. Esansiyel hipertansiyonu olan hastaların yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumunun incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2016;8(1):17-25.
114. Tan M, Dayapoğlu N, Şahin ZA, MC, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(3):63-70.

115. Gürdoğan EP, Kurt S, Ünsar S. The Knowledge about Cardiovascular Risk Factors among Students in A Faculty of Health Sciences. *Euras J Fam Med* 2014;3(2):79–84.
116. Alzeidan R, Rabiee F, Mandil A, Hersi A, Fayed A. Non-communicable disease risk factors among employees and their families of a saudi university: an epidemiological study. *Plos One*. 2016;11
117. Karadakovan A, FEA. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2022.
118. Çelik C, Özdemir B. Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):52-65.
119. Başer M, Özgür R, Maviş O, Özdemir AA, Özkeskin A, Küçükdemirci Ö ve ark. Hipertansif tip 2 diabetes mellitus’lu hastalarda tansiyon regülasyonunun yüksek duyarlılık c-reaktif protein (hs-crp) ile ilişkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2014;48(3):182-187.
120. Ünsal B. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylere verilen uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
121. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Brink IEAE. The cardiac self-efficacy scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2015;14(6):536-543.
122. Ridker PM, Md, Paynter NP, Phd, Rifai N, Phd ve ark. C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: the reynolds risk score for men. *Circulation*. 2008;118(22):2243-2251.
123. Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., ... & Zamorano, J. L. 2007 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). *European heart journal*. 2007, 28(12), 1462-1536.
124. Merai R, Siegel C, Rakotz M, Basch P, Wright J, Wong B, Thorpe P. CDC grand rounds: A public health approach to detect and control hypertension. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016, 65(45):1261-1264
125. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoglu E, Çağlar S. Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005, 23(10):1817-23.
126. Sanne S, Muntner P, Kawasaki L, Hyre A, DeSalvo KB. Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. *Ethnicity and disease*. 2008, 18(1):42-7.
127. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Arch Turk Soc Cardiol*. 2011, 39 Suppl 4:1-5.
128. Gorostidi M, Vinyoles E, Banegas JR, de la Sierra A. (2015). Prevalence of white-coat and masked hypertension in national and international registries. *Hypertens Res*. 38(1):1-7.
129. Yusuf, Salim, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The lancet*, 2004, 364.9438: 937-952.
130. Rondung, E., Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. M., Sundin, Ö., Ekdahl, J., ... & Rubertsson, C. (2018). Comparing internet-based cognitive behavioral therapy with standard care for women with fear of birth: Randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 5(3), e10420.

- 131 Kiliçkap, Mustafa, et al. Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 2018, 46.7: 525-545.
- 132 Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. 2017.
- 133 Eshah NF, Al-daken LI. Assessing publics’ knowledge about hypertension in a community-dwelling sample. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016, 31(2):158- 165.
- 134 Zhang X, Zhu M, Dib H. H, Hu J, Tang S, Zhong T, Ming X. Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. *Int J Cardiol*. 2009, 137(1):9-15.
- 135 Erkoç SB. Eskişehir mahmudiye’de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri [Yüksek lisans tezi]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
- 136 Wu L, Yang S, He Y, Liu M, Wang Y, Jiang JWAB. Association between passive smoking and hypertension in chinese non-smoking elderly women. *Hypertension Research*. 2017; 40:399-404.
- 137 Savji N, Ma, Rockman *CB, Md, Skolnick †AH, Md. ve ark. Association between advanced age and vascular disease in different arterial territories: a population database of over 3.6 million subjects. *Journal Of The American College Of Cardiology*. 2013;61(16):1736-1743.
- 138 Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde erişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2012;12(47):52.
- 139 Filho ZADS, Ferreira AA, Santos JD, Pierin KCMAAMG. Cardiovascular risk factors with an emphasis on hypertension in the mura indians from amazonia. De Souza Filho Et Al. *Bmc Public Health*. 2018;18(1):1251.
- 140 Wenger NK, Md, Arnold A, Do, Mbab, Merz CNB ve ark. Hypertension across a woman’s life cycle. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(16):1797-1813.
- 141 Teke N. Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özетkililik düzeyleri [Yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

8. EKLER

EK 1 Birey Tanıtım Formu

EK-1. BİREY TANITIM FORMU

EK-1. A. Sosyodemografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:.....

3. Eğitim düzeyiniz

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

4. Çalışıyor musunuz?

() Evet (haftada kaç saat.....)

() Hayır

5. Çalışıyorsanız mesleğinizin İşçi () Memur () Serbest Meslek () Emekli () Ev Hanımı ()

İşsiz () Diğer ()

6. Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet Günde.....adet/.....yıldır

() Hayır

() Bırakmış Günde.....adet/.....yıl içmiş.....yıldır içmiyor

7. Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet (Ne sıklıkta, ne kadar süredir, ne miktarda?)

() Hayır

() Bırakmış (Ne sıklıkta, ne kadar süredir, ne miktarda?)

8. Kilo:

Boy:

BKI:

9. Hipertansiyon dışında başka kronik hastalığınız var mı?

Kronik Hastalık	Süresi (kaç yıl)	İlaç kullanıyor musunuz (E)Evet (H)Hayır

EK-1. B. Hipertansiyona İlişkili Özellikler

1. Hipertansiyon tanısı ne zaman konuldu?

2. Hipertansiyon için ilaç kullanıyor musunuz?

() Evet (sıklığı.....)

() Hayır (kullanmama nedeni.....)

3. Ailede hipertansiyon hastası var mı? Evet () Kim/ler..... Hayır ()

4. Son 1 yıl içinde hipertansiyon nedeniyle hastanede yattınız mı?

() Evet kaç kez yattınız?..... Nedeni.....

() Hayır

5. Hipertansiyon için düzenli doktor kontrollerine gidiyor musunuz?

() Gidiyorum Hangi sıklıkta..... Ne için gidiyorsunuz.....

() Gitmiyorum

6. İlaçlarınızı önerilen sıklıkta düzenli kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır Nedeni.....

7. Sağlık önerilerinden hangisini düzenli olarak yapıyorsunuz.

() Beslenme () Fiziksel aktivite (yürüyüş vb) () İlaç tedavisi () Stres yönetimi

8. Tansiyon kontrolü için ölçüm yapıyor musunuz? Evetse ne sıklıkta yapıyorsunuz. Hayır ise nedeni nedir?

() Evet Sıklığı..... () Hayır Nedeni.....

9. Kan basıncı:.....mm/Hg

10. Son 6 ay içerisindeki HDL kolesterol..... ve Total kolesterol

EK 2 Kadın İçin Framingham Risk Hesaplama Cetveli

(EK-2)KADIN İÇİN FRAMİNGHAM RİSK HESAPLAMA CETVELİ

Yaş	Puan
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

Puan					
Total kolesterol	20-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60-69 yaş	70-79 yaş
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2

Puan					
Sigara durumu	20-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60-69 yaş	70-79 yaş
Sigara içmiyorsa	0	0	0	0	0
Sigara içiyorsa	9	7	4	2	1

HDL düzeyi	Puan
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Sistolik kan basıncı(mmHg)	Tedavi alıyorsa	Tedavi almıyorsa
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥ 160	4	6

Toplam puan	10 yıllık risk
< 9	<1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	2
14	2
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8
20	11
21	14
22	17
23	22
24	27
≥ 25	≥ 30

Framingham risk modeli ile gelecek 10 yıllık kardiyovasküler risk skoru hesaplanarak düşük,orta ve yüksek risk olarak 3 gruba ayrılmaktadır. 10 yıllık KVVH risk < %10 ise düşük risk, %10-20 orta risk ve KVVH risk > %20 ise yüksek risk olarak kabul edilmektedir

10-Year risk _____ %

Framingham risk hesap cetveli (Kaynak:

<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>. Erişim Tarihi: 11.11.2022).

Erkek İçin Framingham Risk Hesaplama Cetveli

ERKEK İÇİN FRAMİNGHAM RİSK HESAPLAMA CETVELİ

Yaş	Puan
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

Puan					
Total kolesterol	20-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60-69 yaş	70-79 yaş
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1

Puan					
Sigara durumu	20-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60-69 yaş	70-79 yaş
Sigara içmiyorsa	0	0	0	0	0
Sigara içiyorsa	8	5	3	1	1

HDL düzeyi	Puan
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Sistolik kan basıncı(mmHg)	Tedavi alıyorsa	Tedavi almıyorsa
< 120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥ 160	2	3

Toplam puan	10 yıllık risk
< 0	< 1
0	1
1	1
2	1
3	1
4	1
5	2
6	2
7	3
8	4
9	5
10	6
11	8
12	10
13	12
14	16
15	20
16	25
≥ 17	≥ 30

Framingham risk modeli ile gelecek 10 yıllık kardiyovasküler risk skoru hesaplanarak düşük, orta ve yüksek risk olarak 3 gruba ayrılmaktadır. 10 yıllık KVH riski < %10 ise düşük risk, %10-20 orta risk ve KVH risk > %20 ise yüksek risk olarak kabul edilmektedir

10-Year risk _____ %

Framingham riski hesap cetveli (Kaynak:

<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>. Erişim Tarihi: 11.11.2022).

EK 3 Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (Karrif-Bd) Ölçeği

(EK-3)KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF-BD) ÖLÇEĞİ

"Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRIFBD)" ölçeği, her "doğru yanıt" verenler için 1 puan, "bilmiyorum" ve yanlış yanıt verenler için 0 puan verilerek hesaplanmaktadır. Ölçekten en yüksek 28 puan alınmaktadır. 11-12- 16-17-24-26 nolu maddelere doğrudur olarak işaretleyenler 0 puan, yanlış olarak işaretleyenler 1 puan olarak değerlendiriliyor (ters kodlanacak), diğer maddelerde doğrudur yanıtını verenlere 1 puan olacak şekilde toplam puan hesaplanabilir.

	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 önlenemez.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenemez en önemli 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 kalp için 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 gezmede egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahır, 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 hastasının ilacını ömür boyu kullanması 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.			

Kaynak: Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (Karrif-Bd) Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliliği. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(1), 35-40.

EK 4 Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği

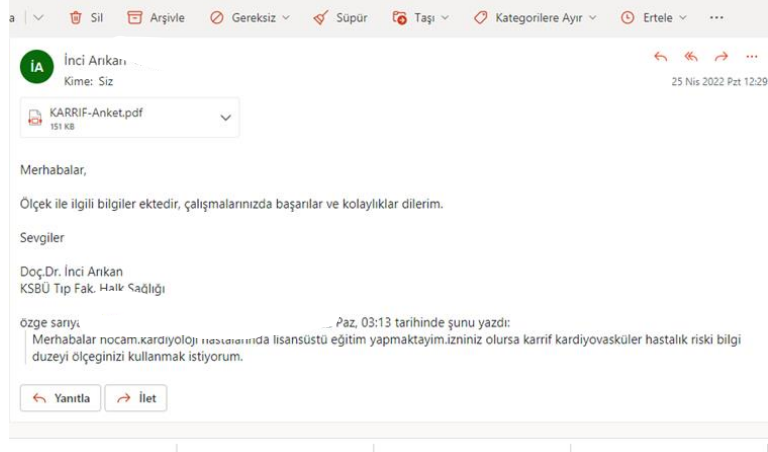
(EK-4) HİPERTANSİYON ÖZETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Ölçek hipertansiyonlu hastaların öz-etkililik düzeylerini belirlemek amacıyla Han ve ark. tarafından geliştirilen bir ölçektir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinali her bir madde “hiç uygun değil” (1 puan) ile “çok uygun” (4 puan) şeklinde değişen 4’lü likert tipindedir. Ölçek maddeleri 1-4 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 20 ile 80 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi hipertansiyonda öz-etkililik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

Hipertansiyonlu kişiler için ortak öneriler aşağıda listelenmiştir. Bu önerilerin sizin için ne kadar uygun olduğunu işaretleyiniz.	hiç uygun değil (1 puan)	uygun değil (2 puan)	Uygun (3 puan)	çok uygun (4 puan)
1. Düzenli fiziksel aktivite yaparım				
2. Az işlenmiş gıdalar yerim.				
3. Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum				
4. Geleneksel çok tuzlu besinleri (Konserve çorba gibi) az tuzlu besinler ile değiştiririm (Ev yapımı çorba, Taze sebze gibi)				
5. Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım (Ketçap gibi)				
6. Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim (6 gram)				
7. Doymuş yağ miktarı yüksek (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) içeren besinleri az tüketirim.				
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım				
9. Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığının etiketlerini okuyarak kontrol ederim				
10. Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm (Yağda kızartılmış tavuk yerine fırınlanmış tavuk gibi)				
11. Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım (65 gr.dan az)				
12. Günde beş yada daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim.				
13. Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim (Erkekler için 2 bardaktan bayanlar için 1 bardaktan az olacak şekilde)				
14. Sigara içmemeye çalışırım				
15. Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim				
16. Tansiyon ilaçlarımı alırım				
17. İlaçlarımı bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım				
18. Kilomu kontrol altında tutarım				
19. Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmamaya çalışırım				
20. Düzenli doktor kontrolüne giderim.				

Türkoğlu, N., Kılıç, D. (2021). Hipertansiyon Öz etkililik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 12(29), 190-195.

EK 5 Ölçek Kullanım İzinleri



EK 6 Etik Kurul İzni



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

29.7.2022

Sayı : 285

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler hastalık riski ve öz-etkililik düzeyinin risk farkındalığına etkisi.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	The risk of cardiovascular disease and self-effectiveness level on risk awareness in individuals with hypertension.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Doç.Dr.Saadet CAN ÇİÇEK
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Yüksek Lisans Öğrencisi Özge SARIYAR
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2022/185	Tarih (Date) 05.07.2022
	Doç.Dr.Saadet CAN ÇİÇEK'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu
Prof. Dr. Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ (Başkan Yardımcısı)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGIN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Abdülgani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Kübra DEĞİRMENCI (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KOCAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aysu KIYAN (Üye)	Halk Sağlığı	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakolog/Eczacı	Özel Eczane (BOLU)
Üzm. Dr. Hümeysra ÇELİK (Üye)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)

EK 7 İl Sağlık Müdürlüğü Kurum izni

T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-38244951-604.01.01
Konu : Doç.Dr. Saadet CAN ÇİÇEK'in
Araştırma İzni

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Fakültesi)

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görevli Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Özge SARIYAR tarafından yürütülecek olan "Hipertansiyonu Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Or-Etkililik Düzeyinin Risk Farkındalığına Etkisi" başlıklı çalışmanın Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.Vahilik Ohuru ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kararı yazınız ekinde sunulmuş olup, kişiye gerekli bilgilendirilmenin yapılarak araştırmayı başlatmak üzere ilgili sağlık tesisinin eğitim bütçesine başvurusunun sağlanması hususunda;

Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Mehmet BALCI
İl Sağlık Müdürü V.

Ek:
1- Doç.Dr.Saadet CAN ÇİÇEK'in Araştırma Komisyon Kararı
2- Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in Araştırma Vahilik İzni

EK 8 Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın amacı hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk ve öz etkinlik düzeyinin kardiyovasküler risk farkındalığına etkisini incelemek için planlanmıştır. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi ya da varsa invaziv girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 20-25 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 60'tır. Bu çalışma ile ilgili olarak size sorulan sorulara cevap vermeniz sizin sorumluluğunuzdur. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir; ancak sizin için beklenen yararlar kardiyovasküler risk ve öz etkinlik düzeyinizin kardiyovasküler risk bilgi düzeyine etkisi belirlenmiş olacaktır. Araştırmaya bağlı bir zaman söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar hemsire Örgü SARIYAR tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir soru, istemeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0535 619 12 32 no.lu telefondan Örgü SARIYAR'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu çalışma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Siz ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir; ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmektedir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunduktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözetim, geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılma davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllülerin, Adı-Soyadı: Adres: Tel-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adres: Tel-Faks: Tarih ve İmza:
Yakalot veya vasiyet altında bulunanlar için vaki veya vasiyet, Adı-Soyadı: Adres: Tel-Faks: Tarih ve İmza:	Ölüm alması işlenmesi başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluşa görevlendirilme/görüşme tanıklığı, Adı-Soyadı: Görevi: Adres: Tel-Faks: Tarih ve İmza:

* Bu form iki ayrı bölüme ayrılmıştır. Birer örnek için formda bulunanlar gözetim, geçirilme, transfer edilmesi, geçirilme ve işlenmesiyle ilgili olarak Etik Kuruluna onaylatılmalıdır. Etik Kuruluna onaylatıldıktan sonra da Toplantı ve/veya başka bir şekilde bilgilendirme yapılması için kullanılmalıdır. (İmza, bu paragraf, notlar ve etik kurulların onayları ve parantez içinde belirtilen ve uygun şekilde bilgilendirilmelidir). Gönüllülerin beyan ve imzaları, bilgilendirme metninin devamsı olarak alınmalıdır; kurtarılar ayrı ayrı tutulmalıdır. Bilgilendirme tarihi: 28.11.2019