

# **Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-Etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi**

**Perihan Gönel**

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik  
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Ocak 2019  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

---

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü  
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

---

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Gülümser Kubilay

---

2. Prof. Dr. Nimet Ovayolu

---

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

---

## ÖZ

Araştırma hastaların hipertansiyon bilgilerinin tedaviye uyum/ öz-etkililik düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Aralık 2017- Mart 2018 tarihleri arasında Gazimağusa Devlet Hastanesinde yatarak tedavi alan 303 hipertansiyon hastası oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 163 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Hasta Tanılama Soru Formu, Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçeği kısa formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı testler, “Mann Whitney U Testi” ve “Kruskal-Wallis H Testi” tekniği kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $66.10\pm 12.96$  (min: 30, max: 90), %59. 5' inin kadın ve % 72. 4' ünün evli olduğu belirlendi. Araştırmamızda Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği genel puan ortalaması  $18.63\pm 2.40$  (min: 11, max: 22) ile ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği alt boyutlarından sırasıyla yaşam biçimi, komplikasyonlar, ilaçlara bağlılıktan en yüksek puanlar alınmıştır. Yaş, ailede hipertansiyon varlığı, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve cinsiyet değişkenleri, ölçeğin genel ve alt boyut puanlarını etkilemiş ve istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeği puan ortalaması  $37.30\pm 6.34$  (min: 13, max: 52) ile ortanın biraz üstü seviyelerde bulunmuştur. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeğinden alınan puan ile katılımcıların sadece eğitim düzeyi arasında anlamlı istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Hipertansiyon hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/

Uyum Öz-etkililik ölçeği ile Hipertansiyon Bilgi Düzeyi ölçeği genel ve tanım alt boyutu puanları arasında istatistiksel açıdan düşük düzeyde pozitif, doğrusal anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Sonuç olarak araştırmaya katılanların ortalamanın üzerinde hipertansiyon bilgi düzeyi ve ilaç uyumu, öz-etkililik ölçek puanlarına sahip oldukları; yaş, ailede hipertansiyon varlığı, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve cinsiyet değişkenlerinin ölçek puanlarında fark oluşturduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon hakkında bilgili olanların tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür.

Toplumda hipertansiyon farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken yaşlardan itibaren geliştirilmesi, hipertansiyona uygun yaşam biçimi davranışlarına uyumsuzluğun nedenlerinin belirlenmesi ve ilaç kullanımı ile birlikte hipertansiyona uygun yaşam tarzı değişikliklerine uyumu artırmak için farklı eğitim düzeylerine, cinsiyet ve yaşa göre yapılandırılmış eğitim programları önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, hipertansiyon bilgi düzeyi, ilaç uyumu, öz-etkililik

## ABSTRACT

The study was conducted in accordance with descriptive-cross-sectional research design in order to determine the effect of knowledge of hypertension on compliance / self-efficacy levels of the patients. The population of the study consisted of 303 hypertensive patients who were hospitalized in Famagusta State Hospital between December 2017- March 2018. In the study, it was aimed to reach the whole of the universe by not choosing the sample. The study was completed with 163 patients who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria. In this study, Patient Diagnostic Questionnaire, Hypertension Knowledge Level Scale and Commitment / Adaptation Self-Efficacy Scale for Drug Treatment short form were used. Descriptive tests,-Mann Whitney U Test “and U Kruskal-Wallis H Test test technique were used to analyze the data. The level of statistical significance was accepted as  $p < 0.05$ .

The mean age of the patients who participated in the study was  $66.10 \pm 12.96$  (min: 30, max: 90), 59.5% of the patients were married and 72.4% of them were married. The mean total score of the participants was  $18.63 \pm 2.40$  (min: 11, max: 22). The highest scores were obtained from lifestyle, complications, adherence to drugs. Hypertension Knowledge Level Scale general and sub-dimension scores; There was a statistically significant difference between age, presence of hypertension in the family, working status, education level and gender ( $p < 0.05$ ). found higher levels. Adherence to Drug Treatment / Compliance Self-efficacy scale and descriptive variables were found to be statistically significant only between educational level ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant low-level positive

linear correlation between Hypertension Self-Efficacy Scale and Hypertension Knowledge Level scale scores of hypertension patients ( $p < 0.05$ ).

As a result, it was determined that the participants had higher than average knowledge of hypertension and drug compliance and self-efficacy scale. It was determined that age, family hypertension, working status, education level and gender variables make a difference in scale scores. Patients with knowledge about hypertension were found to have higher compliance with treatment.

In addition to regular use of medications to patients, the importance of compliance with lifestyle changes appropriate to hypertension, different educational levels, gender and age-structured training programs should be made.

**Keywords:** Drug compliance, hypertension knowledge level, nursing, self-efficacy

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini, ilgisini, hoşgörüsünü ve güler yüzünü esirgemeyen, araştırmamın planlamasından sonuçlandırılmasına kadar her aşamada benden desteğini esirgemeyen Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin' e, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Refia Selma Görgülü, Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Fethiye Erdil, Prof. Dr. Güler Cimete, Prof. Dr. Gülümser Kubilay, Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ, Yrd. Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç hocalarıma ve değerli jüri üyesi Prof. Dr. Nimet Ovayolu'na katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Yoğun çalışmalarım sırasında anlayış ve özverileri ile her zaman desteğini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Saygılarımla

Perihan Gönel

# İÇİNDEKİLER

ÖZ .....	iii
ABSTRACT .....	v
TEŞEKKÜR .....	vii
KISALTMALAR .....	xi
TABLO LİSTESİ .....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ .....	xiv
1 GİRİŞ .....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2 Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi .....	4
1.3 Araştırmanın Amacı .....	4
1.4 Araştırma Soruları .....	5
2 GENEL BİLGİ .....	6
2.1 Hipertansiyonun Tanımı .....	6
2.2 Epidemiyoloji .....	6
2.3 Etyolojisi .....	7
2.3.1 Yaş .....	8
2.3.2 Obezite .....	8
2.3.3 Sigara .....	8
2.3.4 Fiziksel Aktivite .....	9
2.3.5 Beslenme .....	9
2.3.6 Stres .....	9
2.3.7 Tuz .....	10
2.3.8 Alkol .....	10



2.3.9 Cinsiyet.....	10
2.3.10 Genetik.....	11
2.4 Hipertansiyonun Sınıflandırılması .....	11
2.4.1 Etyolojisine Göre HT Sınıflandırılması.....	11
2.4.1.1 Primer Hipertansiyon .....	11
2.4.1.2 Sekonder Hipertansiyon.....	12
2.5 Hipertansiyon Tedavisi.....	12
2.6 Hipertansiyon Tedavisine Uyum.....	13
2.7 Hipertansiyon Tedavisinde Öz-etkililik .....	13
3 GEREÇ VE YÖNTEM .....	15
3.1 Araştırmanın Tipi .....	15
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	15
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	15
3.4 Araştırmanın Değişkenleri .....	18
3.5 Veri Toplama Araçları.....	18
3.5.1 Hasta Tanılama Soru Formu (Ek-1).....	18
3.5.2 Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği (Ek-2) .....	18
3.5.3 İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik İBOS (Ek-3).....	19
3.6 Veri Toplama Süreci .....	19
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	20
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu .....	20
4 BULGULAR .....	22
5 TARTIŞMA.....	36
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49

6.1 Sonuçlar.....	49
6.2 neriler.....	51
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>63</b>
Ek 1. Hasta Tanılama Soru Formu .....	64
Ek 2. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi leği.....	66
Ek 3. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum z-Etkililik leği Kısa Formu.....	67
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	69
Ek 5. Ölçek Sahiplerinden İzin.....	71
Ek 6. Etik Kurul İzni .....	72
Ek 7. Kurum İzni .....	73
Ek 8. Araştırma Zaman izelgesi.....	74

## KISALTMALAR

ADE	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
ARB	Angiotensin II Reseptor Blokerleri
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Yaklaşımı)
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Topluluğu)
ESH	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Topluluğu)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
HİB-DÖ	Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği
HT	Hipertansiyon
İBOS	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği
JNC	Joint National Committee (Birleşik Ulusal Komite)
KADEM	Kıbrıs Ekonomi ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KARRİF-BD	Kardiyo Vasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği
KKH	Koroner Kalp Hastalıkları
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalık
KYB	Koroner Yoğun Bakım
LDL	Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)

MI	Miyokard Infarktüsü
PATENT	Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey (Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması)
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokronolojik Hastalıklar Prevelansı

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Hipertansiyon Sınıflandırması (JNC 8) .....	11
Tablo 2. Hipertansiyon Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri (n=163).....	22
Tablo 3. Hipertansiyon Hastalarının Kullandıkları İlaçlar Kullanma Süreleri ve Sürekli İlaç Kullanmak Zorunda Olduğu Hastalıkları (n=163) .....	23
Tablo 4. Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzları Dağılımı (n= 163) .....	25
Tablo 5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimsel İstatistik Sonuçları.....	26
Tablo 6. Hipertansiyon Hastalarına Ait Bazı Değişkenlere Göre Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği Genel Puan Ortalamaları (n=163).....	27
Tablo 7. HT Hastalarına Ait Bazı Değişkenlere Göre HT Bilgi Düzeyi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=163).....	30
Tablo 8. Hipertansiyon Hastalarının Bazı Değişkenlerine Göre İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz- etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları (n=163) .....	34
Tablo 9. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları.....	36

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Evreninden Örneklemeye Gidiş Şeması.....	17
--	----

# Bölüm 1

## GİRİŞ

### 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Tansiyon, damarların içinde akan kanın damar duvarında oluşturduğu güçtür. Hipertansiyon (HT) arter sistemindeki kan basıncının aşırı bir biçimde yüksek olması ile alakalıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Hipertansiyon Topluluğu (ESH), Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (ESC) ve Birleşik Ulusal Komite (Joint National Committee JNC) JNC 7-8 kılavuzlarında 120-139/80-89 mmHg kan basıncı değerleri prehipertansiyon olarak verilmiştir (1, 2). HT gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında önemli bir sağlık sorunudur. HT gelişmesini tamamlamış ve gelişme sürecinde olan devletlerarasında önemi olan bir sağlık meselesidir (3, 4). HT'da hastalık görülme sıklığı ve ölüm oranı yaşla beraber artmaktadır (3, 5).

Yeryüzünde 2000 senesi ile birlikte yetişkinlerin % 26.4'ünün HT hastası olduğu ve bu oranın 2025 senesinde % 29.2'nin üzerine çıkacağı sonucuna varılmıştır. Bu da demek oluyor ki 972 milyon birey HT hastasıdır ve 25 senelik bir süreçte bu sayı 1.5 milyarın üstünde olacaktır (6). 2014 senesi DSÖ verilerine göre dünyadaki 18 yaş ve üstü erişkinlerin HT prevalans hızı % 22. 0 olarak tespit edilmiştir. Bu oran Birleşik Krallık'ta % 20. 3, Güney Afrika'da % 25. 2, Orta Afrika Cumhuriyeti'nde %26. 4, olarak belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde HT prevalansı 2011- 2012 senesinde 18 yaş üstündeki erişkinlerde % 29. 1 oranında bulunmuştur (7).

Türkiye'deki HT prevalans hızı Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP 2) 2010 çalışma sonuçlarına göre %31.3 olarak bulunmuştur (8).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2'nin (Patent2) 2012 yılında yapmış olduğu HT çalışmasında prevalans hızı %30.3 olarak bulunmuştur (8, 9).

Hipertansiyon farkında olma oranı Patent çalışmasında %40, Patent2 çalışmasında %54.7 olarak belirlenmiştir. Bütün HT hastalarında HT oranı Patent çalışmasında %8, Patent2'de ise %28.7 olarak tespit edilmiştir (9).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde Ekim-Aralık 2010 arasında Sağlık Bakanlığı ile Kıbrıs Ekonomi ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi (KADEM) HT ile ilgili çalışma yapmışlardır. Çalışmaya göre, KKTC'de kesintisiz olarak oturan 35 yaş üstündeki bireylerin %17.1'nin HT'u olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın neticelerine göre, KKTC'de yaşamını sürdüren 18 yaş ve üstündeki her 100 bireyden 5'inde Kardiyovasküler Hastalık (KVH) tanısı konulduğu belirtilmiştir.

Hipertansiyon görülme sıklığı kadınlarda %18.7, erkeklerde %15.6 olarak belirtilmiştir. KKTC'de görülme oranı yaş aralığı 35-44 yaş arasında %5.6, 45-54 yaş arasında %14.8, 55-64 yaş arasında %24.4, 65 yaş ve üstünde ise %36.8 olarak bulunmuştur (10).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tansiyon denetiminin yeterli sayıda olmamasının felç vakalarının 3/2'sinden ve iskemik kalp hastalıklarının yarısından sorumlu olduğu belirtilmiştir (4). Tansiyon yükseldikçe kalp krizi, felç ve böbrek hastalıkları riski benzer düzeyde yükselmektedir (11, 12). HT sistemik ateroskleroz, konjestif kalp yetmezliği (KKY), koroner arter hastalığı (KAH), miyokard infarktüsü (MI), stroke (inme), retinopati, nefropati oluşmasına sebebiyet verebildiğinden önemli bir sağlık sorunudur (1).



Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), erişkinlerde yaşa bağlı ölüm oranının coğrafi bölgelere göre düşündürücü bir şekilde farklılaştığını, yaşa bağlı Koroner Kalp Hastalığı (KKH) görülme riskinin de Akdeniz bölgesindeki erkek ile Güneydoğu bölgesindeki kadınlarda artış gösterdiğini belirtmiştir. KKH'na bağlı ölümlerin toplamı 45–74 yaş aralığında son 14 senede bin kişi, sene başına erkeklerde 7. 0, kadınlarda 3. 8 seviyesinde yer almaktadır (13).

İlaç tedavisine uyum, hastanın tedaviye başlamasından itibaren 12 ay süresince HT tedavisini sürdürmesi biçiminde açıklanabilir. Uyum hastanın genel yaşamındaki tutum ve eylemlerini, ilaçlarını içmek, beslenme biçimini düzenlemek veya diğer yaşam şeklinde değişiklikler yapmak gibi klinik görüşlere uymasını kapsar (4).

Öz-etkililik/öz-yeterlilik kişinin genel yaşamındaki tutum ve eylemlerini etkileyen bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Yani bildiğini uygulamasıdır. Öz-etkililik, kişinin ne hissedeceğini, ne düşüneceğini ve nasıl davranacağını belirleyen önemli bir niteliğidir (12).

Yaşam şeklinde değişiklikler kan basıncını düşürür, HT ilaçlarının etkin olmasını sağlar, ilaç gereksinimi ve KVH riskini düşürür. HT' u başarılı bir şekilde yönetmek için kan basıncını kontrol altına almak ve kan basıncının kontrolünün sağlanmasında kararlı olmak ilaç tedavisine uyum sağlanması gerekir. Bu uyumu yükseltmekte hasta ve ailesinin eğitimi ve bilgilendirilmesi çok önemi olan bir unsurdur (2). Tedavi programına ilişkin kararlara hasta da ortak olmalıdır (2, 13). DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olmasının HT ile savaşta yararlı sonuçlar alacağına dikkat çekmiş olup, sağlık çalışanlarının herkesten önce

hemşirelerin toplumda farkındalık sağlamak, risk faktörlerine yönelen eğitimler düzenlemek gibi etkinliklerde etkin rol almasının önemine vurgu yapmıştır (8, 14).

Tansiyonu denetim altında tutmanın amacı; kişinin yaşamında kronik sağlık problemlerine neden olabilen aşırı şişmanlık, aşırı alkol ve sigara tüketimi, hareketsiz yaşam tarzı, sağlıksız yemek alışkanlıkları ve stres gibi risk etkenleri ve sağlık problemlerini denetim altına sokmak, ileride kullanılacak HT ilaç sayısını ve dozunu düşürmek, bireyin yaşam kalitesini artırmaktır (14).

## **1.2 Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi**

Toplumlarda yaşı ilerlemiş kişilerin sayısının artışı, hızlı kentleşme, obezite artışı ve yiyeceklerle tuz alımının fazla olması gibi etmenler HT görülme sıklığının artışına sebebiyet vermektedir (12). Yetişkin nüfustaki yükselişten ötürü HT, iş gücü kaybına, ekonomik kayba sebep olmaktadır ve bireylerin daha rahat ve mutlu bir yaşam sürmelerini ortadan kaldırmaktadır (15).

Hemşirelerin HT konusunun toplumda anlaşılması için, risk faktörlerine ve ilaç kullanımına yönelik eğitimlerde etkili bir şekilde rol alması gereklidir. Hemşireler kişileri sağlıkla ilgili olumsuz davranışlardan uzak tutma konusunda bilinçlendirip, sağlığın gelişmesini sağlayan yapıcı davranışlar kazandırmaya uğraşırlar. Kişilerin hissetme, düşünme, davranışları arasında farklılıklar vardır. Kişilerin öz-etkililik seviyeleri, öğrenmeye geçme dürtüsünü yükseltebilir ya da düşürebilir. Hemşireler aracılığıyla hastalara verilen eğitim ve hasta izlem programları KVH ve hastaneye tekrar yatışları azaltmaktadır (11).

## **1.3 Araştırmanın Amacı**

Anti- hipertansif ilaç kullanan hastaların hipertansiyon bilgi düzeylerinin ilaç tedavilerine uyum ve öz-etkililik düzeyine etkisinin belirlenmesidir.

## 1.4 Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- 1 Hastaların tanımlayıcı özellikleri nedir?
- 2 Hastaların HT bilgi düzeyleri (HİB-DÖ) nedir?
- 3 Hastaların anti-hipertansif ilaç kullanımında ilaç bağlılık/uyum öz-etkililik(İBOS) düzeyleri nedir?
- 4 Hastaların tanımlayıcı özellikleri HİB-DÖ, İBOS düzeyini etkiler mi?
- 5 HİB-DÖ ile İBOS arasında ilişki var mıdır?

## Bölüm 2

### GENEL BİLGİ

#### 2.1 Hipertansiyonun Tanımı

Damar yatağı içinde dolaşan kanın damar duvarında yarattığı basınca tansiyon denir (1). JNC 8 raporuna göre HT sistolik kan basıncının (SKB) 130 mmHg  $\geq$  veya diastolik kan basıncının (DKB) 80 mmHg  $\geq$  olması ve/ veya anti-hipertansif tedavi kullanıyor olmak olarak tanımlanır (16). HT, arter içindeki kanın basıncının yükselmesi ile karakterize aileden geçişli, edinsel etmenler ve metabolik bozuklukların beraber olduğu bir sendromdur (17). HT, yeryüzünde görülme oranı gittikçe yükselen önemli bir sağlık problemidir (18). HT kronik hastalıklar ve ölümler arasında büyük risk faktörlerinin önünde gelmektedir (8).

#### 2.2 Epidemiyoloji

Yeryüzünde 2000 senesi ile birlikte yetişkinlerin % 26.4' ünün HT hastası olduğu ve bu oranın 2025 senesinde % 29.2'nin üzerine çıkacağına sonucuna varılmıştır. Bu da demek oluyor ki 972 milyon birey HT hastasıdır ve 25 seneden ileri bir zaman sonra bu sayı 1.5 milyarın üstünde olacaktır (6). 2014 senesi DSÖ verilerine göre dünyadaki 18 yaş ve üstü erişkinlerin HT prevalans hızı % 22.0 olarak tespit edilmiştir. Bu oran Birleşik Krallık'ta % 20.3, Güney Afrika'da % 25.2, Orta Afrika Cumhuriyeti'nde %26.4, olarak belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde HT prevalansı 2011- 2012 senesinde 18 yaş üstündeki erişkinlerde yaşa göre % 29.1 oranında bulunmuştur (7).

Türkiye'deki HT prevalans hızı TURDEP 2, 2010 senesindeki çalışma sonuçlarına göre %31.3 olarak bulunmuştur (8). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2' nin (Patent2) 2012 senesinde yapmış olduğu HT çalışmasında prevalans hızı %30.3 olarak bulunmuştur (8, 9). Hipertansiyon farkında olma oranı Patent çalışmasında % 40, Patent2 çalışmasında % 54.7 olarak bulunmuştur. Bütün HT hastalarında kontrol oranı Patent çalışmasında % 8, Patent2 çalışmasında % 28.7 olarak tespit edilmiştir (9). Türkiye İstatistik Kurumu' nun 2012 yılında yaptığı araştırmada 15 ve üzeri yaştaki kişilerde HT oranı % 13.2 olarak saptanmıştır (19).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile KADEM'in Ekim-Aralık 2010 tarihlerinde birlikte yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre KKTC'nde kesintisiz olarak oturan 35 yaş ve üstündeki bireylerin % 17.1'nin HT'u olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın neticelerine göre KKTC'de yaşamını sürdüren 18 yaş ve üstündeki her 100 bireyden 5' inde kardiyovasküler hastalık tanısı konulduğu bilgisi verilmektedir. HT erkeklerde % 15.6, kadınlarda % 18.7 olarak belirlenmiştir. KKTC' de HT hastalığı görülme oranı 35- 44 yaş aralığında % 5.6, 45- 54 yaş aralığında % 14.8, 55- 64 yaş aralığında %24.4, 65 yaş ve üstünde % 36.8' dir (10).

### **2.3 Etyolojisi**

Erişkin nüfusu etkileyen HT dünyada ve ülkemizde görülme oranı giderek yükseliş gösteren ve neden olduğu komplikasyonlar yönünden toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık problemidir (20). Hipertansiyon böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, felç, görme bozukluğu ve miyokard infarktüsü riskini yükseltmesinin yanında sebep olduğu ciddi komplikasyonlardan ötürü mortalite oranı çok yüksek bir kronik hastalıktır (14, 21). Hipertansiyon risk faktörlerinin gelişmesinde; yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, hiperkolesterolemi, diabetes mellitus, ailede HT

öyküsü, obezite, tuz tüketimi, alkol tüketimi, stres, kişilik yapısı ve hareketsiz yaşam rol oynamaktadır (21).

### **2.3.1 Yaş**

Kardiyovasküler sistemde herhangi bir rahatsızlık oluşmaksızın yaşın artması ile bazı değişiklikler kendini göstermektedir. 35 yaş ve üzeri HT riski artmaktadır (22). Yaş ilerledikçe ortaya çıkan bu durumun, özellikle büyük damarların esnekliğini yitirmesine bağlı oluştuğunu akla getirmektedir. HT yaşlılarda daha çok görülen gençlerde az görülen kronik bir rahatsızlıktır (23).

### **2.3.2 Obezite**

Kişinin aşırı kilolu olması HT yönünden önemli bir faktördür. Günümüzde dünyanın en çok görülen hastalığı olarak saptanan obezite aynı zamanda çok uzun süredir var olan bir hastalıktır. Vücutta çok fazla miktarda yağ dokusunun bulunması şeklinde açıklanan obezite DSÖ sonuçlarına göre 300 milyonun üzerinde kişiyi etkisi altına almaktadır. Aşağı yukarı bir milyar bireyin aşırı kilosu vardır (24). Görülme oranı giderek artan obezite, sağlık harcamaları ve iş gücünün yitirilmesi sebebiyle çok büyük bir yitime sebep olmaktadır. Obezite geçmişte sağlıklı olmanın bir işareti olarak görülürken; yaşadığımız zaman diliminde hem kendi bir hastalık, hem de kaygı verici sosyal, psikolojik ve ekonomik meselelere yol açan, hayat boyu devam edecek türlü hastalıklara uygun ortam yaratan bir durum olarak görülmektedir (25).

### **2.3.3 Sigara**

Tütün kullanımı damarlarda daralmalara yol açar ve kan akımını zorlaştırır. Sigara kullanımı, kardiyovasküler ölüm oranının ve görülme sıklığının önüne geçilmesinde değiştirilebilir bir risk etkenidir. Sigara orta yaşlı erişkinlerde KVH'larla ilişkili ölümlerin %25'inden sorumlu tutulmaktadır (26). Sigara içilmesini takiben 15-30 dakika kadar süren ani tansiyon artışı görülmektedir. Sigara içmek

kardiovasküler riski 2-3 kat yükselten bir etmendir. Sigara içilmesinin kesilmesinden sonraki bir sene içinde kardiovasküler olumlu etkiler gözlenmektedir (21).

#### **2.3.4 Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite kalp ve damar sağlığını korumada önemlidir ve kalp, akciğer ve kasları güçlendirip stresi azaltır. Yüksek olan tansiyonu düşürür. Çok fazla ve yanlış yeme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yetersizliği obeziteye sebep olan en önemli sebepler arasında yer almaktadır (27). Fiziksel aktivite, enerjinin yakılması ve kiloyu denetim altında tutmayı sağlar (27, 28). Yeterli olmayan fiziksel aktivite HT görülme sıklığının artışında 10 katı risk taşımaktadır. Fiziksel aktivite iskemik kalp hastalığı, felç (inme), diyabet, meme ve kolon kanseri riskini düşürmektedir. Kişilerin daha hareketli, daha sağlıklı ve kaliteli bir hayat yaşaması için haftanın beş günü 30 dakikalık orta şiddette fiziksel aktivitenin yeterli olduğu belirtilmiştir (27).

#### **2.3.5 Beslenme**

Yağ ve kolesterolden zengin beslenme HT riskini yükseltir. Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Yaklaşımı (Dietary Approaches to Stop Hypertension DASH) günlük meyve ve sebze alımının zengin, az yağlı veya yağdan fakir ürünleri kapsayan sodyumdan fakir, potasyum, magnezyum, kalsiyum, posa ve proteinden zengin olan bir beslenme alışkanlığıdır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre, HT hastalarına verilen eğitimin sistolik ve diastolik kan basıncı, total kolesterol, Low Density Lipoprotein (LDL) kolesterol ile kilo, beden kitle endeksi, bel çevresi ve bel kalça oranı değerlerinde anlamlı bir azalma sağladığı belirtilmiştir (29).

Gelişmekte olan ülkelerde hızlı kentleşme, beslenme alışkanlıklarındaki aşırı değişimler, psikolojik stres, geçim sıkıntısı, egzersiz, yaşam tarzlarında değişimler HT oluşumunu hızlandırmaktadır (30).

### **2.3.6 Stres**

Psikolojik faktörler, kişilik özellikleri ve emosyonel stres, sağlıklı yaşam biçimini bozarak HT ve kardiyovasküler hastalıklar için risk teşkil etmektedir (17). Tansiyonun yükselmesine yol açar. Sinirli olan kişilerde tansiyon yüksekliği daha sıklıkla görülür. Tansiyonu düşürmek amacıyla stresle baş etme yöntemleri senelerdir kullanılmaktadır. Meditasyon, yoga, derin solunum, zihinde canlandırma gibi çeşitli yöntemlerin HT’u olan hastalarda tansiyonu belli bir süre düşürdüğü görülmüştür (29).

### **2.3.7 Tuz**

Kişilerin bazıları tuza karşı aşırı duyarlıdır. Tuz vücut sıvılarında artışa ve tansiyon yükselmesine yol açar. Beslenmeyle tuz alımının azaltılması ve bunun yaşam tarzı haline getirilmesi gerekmektedir. HT hastalarının pek çoğunun habersiz olduğu içerisinde fazla ölçüde tuz bulunduran turşu, konserve ürünleri, işlenmiş et, fast-food yiyecekler ve birtakım ekmekler gibi besinlerden uzaklaşması önerilir (29). Tuz alımının sınırlandırılması, beslenmedeki diğer önerilerle beraber dikkatte alınırsa daha çok antihipertansif etkiye neden olabilir ve tansiyonu kontrol altına almakta kullanılan antihipertansif ilaç dozu ve sayısının azaltılmasını gerçekleştirebilir (31).

### **2.3.8 Alkol**

Fazla miktarda düzenli alkol alınması HT’a yol açar. Alkol, antihipertansif ilaçların etki gücünü düşürmekte ve felç riskini yükseltmektedir (31).

### **2.3.9 Cinsiyet**

Erkeklerde, kadınlara göre risk daha fazladır. Dünya çapında toplam 1 milyar erkek ve kadının HT problemi olduğu tahmin edilmektedir (28).



### 2.3.10 Genetik

Ailede HT varlığı riskin yüksek olduğunu gösterir. KVH bütün dünyada en çok görülen ölüm sebebidir ve özellikle risk faktörlerinin artış göstermesiyle oranının daha da yükseleceği belirtilmektedir. Bu sebeple KVH'ın tanısında ve önlenmesinde genetik taramanın yapılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi giderek önem kazanmaktadır (32).

### 2.4 Hipertansiyonun sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sistolik tansiyonun 140 mmHg, diastolik tansiyonun 90 mmHg veya üstünde seyretmesi HT olarak belirtilmektedir. Sistolik tansiyon çoğu hastada tanı konulmasında önemli rol oynar (33). Amerikan Kalp Derneği Kasım 2017'de HT sınırını 140-90 mmHg'dan 130-80 mmHg'ya çekmiştir. Hipertansiyonun sınıflaması Tablo 1'de verilmektedir (34).

Tablo 1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Hipertansiyon Sınıflandırması (JNC 8)

Kategori	Sistolik		Diastolik
Optimal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Grade I Hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Grade II Hipertansiyon	160-179	veya	100-109
Grade III Hipertansiyon	≥180	veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90

#### 2.4.1 Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflandırılması

##### 2.4.1.1 Primer Hipertansiyon

Hastaların %95'inde HT sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bu duruma primer (birincil) ya da esansiyel HT denir (35). Primer HT' a sahip hastalarda kafein, aşırı alkol alımı, tuz alımı, nikotin kullanımı geçici kan basıncı yükselmesine sebep olabilir. Diyetle sebze ve meyve tüketiminin az olması, hareketsiz yaşam şekli, obezite HT oluşumuna katkı sağlar (1).

### **2.4.1.2 Sekonder Hipertansiyon**

Hastaların %5'inde HT'a sebep olan etken gösterilebilmektedir. Buna sekonder (ikincil) HT denir (35). Sekonder HT daha çok 30 yaşından önce ve 60 yaşından sonra ortaya çıkan, tedaviye dirençli kan basıncı yüksekliklerinde görülür (1). Sekonder HT sebepleri arasında kronik böbrek hastalıkları, vasküler hastalıklar, steroid tedavisi, uyku apnesi, ilaç kullanımı ve alışkanlıkları vb. gösterilebilir (35).

### **2.5 Hipertansiyon Tedavisi**

HT tedavisinde mortalite ve morbiditenin mümkün oldukça en aza indirilmesi amaç edinilmiştir. Tedavide amaç tansiyonun 140-90 mmHg'nın altında tutulmasıdır. Bu amaç böbrek fonksiyonlarının korunmasına, kardiyovasküler risk faktörleri ve inme oranlarının azalmasına sebebiyet vermektedir (21). Hastalığın yavaş seyirli ve çoğu zaman belirtisiz olmasının yanında, yaş ilerledikçe ortaya çıkması, sürekli ilaç kullanımını gerektirmesi, maddi olarak ilaçlara ulaşmada kısıtlılık, ilaçlara bağlı gelişen yan etkiler, hareketsiz yaşam hedef kan basıncı değerlerine ulaşmanın yetersizliğinin başlıca nedenleridir (1).

Teknolojik gelişmeler ve sosyoekonomik durum, yaşam şeklinde değişikliklere yol açarak hareketsiz bir gündelik hayat ve sağlıksız yeme içme alışkanlıklarına sebep olmuştur. Bu durum HT başta olmak üzere birçok hastalığın ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (35).

Hipertansiyonun ilaçsız tedavisinde tuz tüketiminin azaltılması, yaşam tarzı değişikliklerinin alışkanlık haline getirilmesi, kilo kontrolünün sağlanması, sigaranın bırakılması, alkol kullanımının azaltılması, meyve ve sebze ağırlıklı beslenme ile diyetle doymuş yağ oranının azaltılması rol oynamaktadır (1, 31).

Hipertansiyonun ilaçla tedavisinde önerilen ilaç grupları daha çok hipertansif hastaların sahip olduğu diğer hastalıklar göz önünde tutularak belirlenir.

Antihipertansif ilaç grubunda diüretikler, beta blokerler, alfa blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADE inhibitörleri), anjiotensin reseptör antagonistleri (ARB) olmak üzere başlıca 6 ilaç sınıfı yer alır (1, 36).

## **2.6 Hipertansiyon Tedavisine Uyum**

Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumu etkileyen başlıca faktörlerden biri, hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliğidir (18). Hastaya hastalığı ile ilgili bilgi verilmeli, doğabilecek komplikasyonlarla ilgili hasta eğitilmeli, ilaçların düzenli olarak alınması, kan basıncının düzenli olarak ölçtürülmesi, düzenli olarak kontrollerinin yaptırması konusunda eğitim yapılmalıdır (1, 2, 11, 15, 37).

Tedaviye uyum tedavinin başarısındaki en önemli unsurlardan biridir. Tedaviye uyum, hastanın tedaviye başlamasından itibaren 12 ay boyunca antihipertansif tedaviye devam etmesi olarak tanımlanabilir. Uyum hastanın davranışının, ilaçları kullanmak, diyetini uygulamak ve diğer yaşam şekli değişikliklerini yerine getirmek gibi önerilerle uyumasıdır (2, 11, 14, 15, 38). Dünyada ve ülkemizde kontrollü kan basıncının % 25'in üstüne çekilememesinin en önemli sebeplerinin başında hastanın tedaviye uyumsuzluğu gelmektedir (2, 11, 20, 37, 38).

## **2.7 Hipertansiyon Tedavisinde Öz-etkililik**

Öz-etkililik kişinin, hayatını etkileyen hadiseler üzerinde olması gereken etkinliğin başlamasını sağlayıp yol açtığı sonuçlara inanması olarak açıklanabilir. Kişinin öz-etkililiği güçlü olursa başarı ve iyilik hali çoğalır. Öz-etkililik düzeyi güçlü olanlar başarısızlıklar karşısında bıkip usanmadan hızlıca toparlanıp davranışlarını sürdürürler (39). Hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi ilaç tedavisindeki uyumu arttırmaktadır (2).

Öz-etkililik/ Öz-yeterlilik kişinin davranışları üzerinde etkisi olan bilişsel algılama faktörüdür. Yani kişinin nasıl hissedeceği, nasıl düşüneceğini, nasıl davranacağını belirleyen niteliktir (2).

## **Bölüm 3**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma; tanımlayıcı-kesitsel araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır.

#### **3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Gazimağusa Devlet Hastanesinde 18 Aralık 2017-11 Mart 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Gazimağusa Devlet Hastanesi; Göğüs, Dahiliye, Nöroloji ve Koroner Yoğun Bakım (KYB) Servisinde yatan HT' u olan hastalarda uygulanmıştır. Servisler 24 yataklı olup; Göğüs servisinde 8 hemşire, Dahiliye servisinde 10 hemşire, Nöroloji servisinde 7 hemşire bakım hizmeti vermektedir. KYB servisi 10 yataklı olup 10 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler 07:00-14:00, 14:00-21:00, 21:00-07:00 saatleri arasında çalışmaktadır. HT hastaları yoğun olarak bu servislerde yatırılarak tedavi edildiğinden bu klinikler seçilmiştir.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

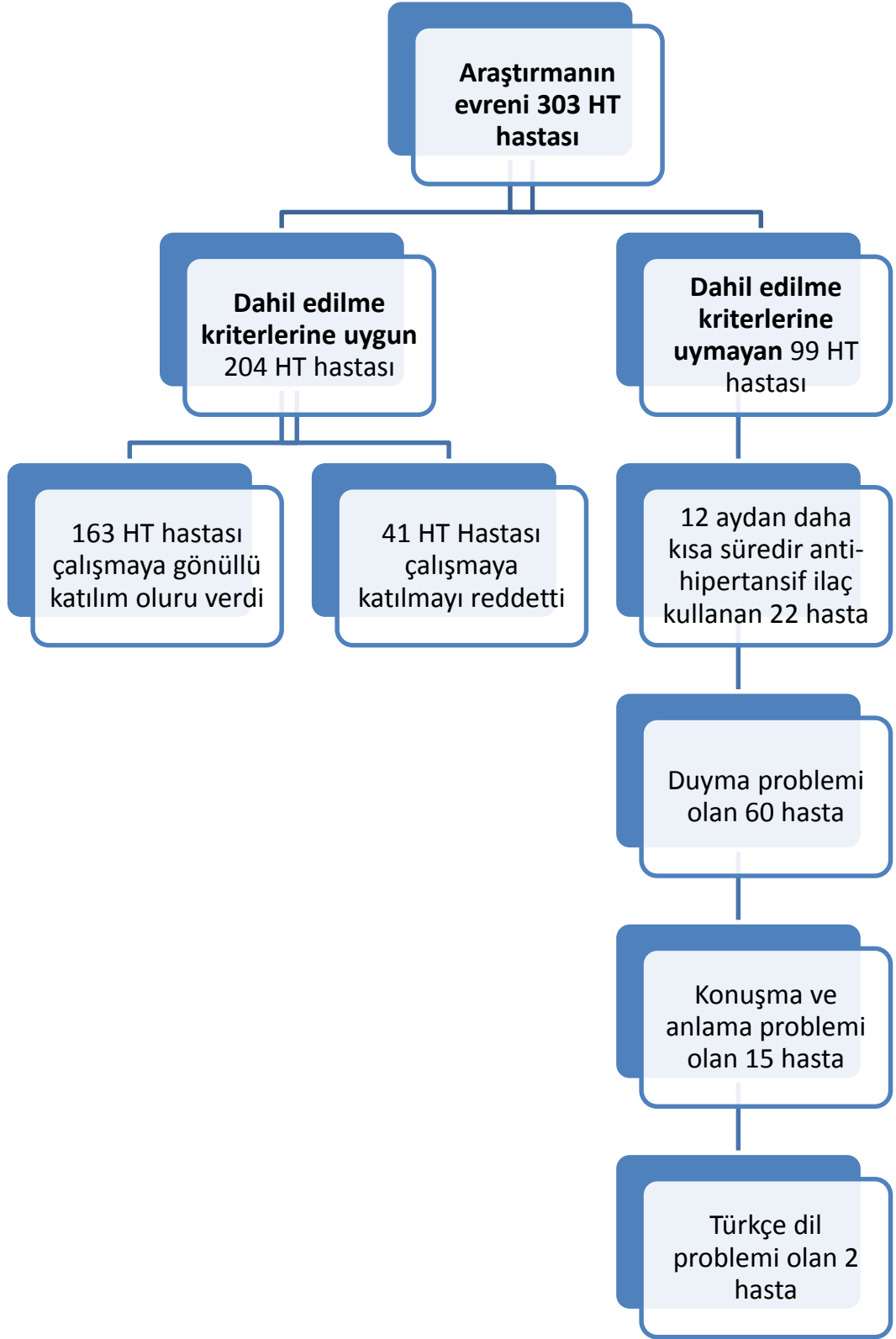
Araştırmanın evrenini, Gazimağusa Devlet Hastanesinde, Göğüs, Dahiliye, Nöroloji ve K.Y.B. servislerinde yatarak tedavi alan HT tanılı hastalar oluşturmuştur. Bu servislerde üç aylık süre içerisinde 303 HT hastasının yatarak tedavi aldığı belirlenmiştir. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu hastalardan 163'ü araştırmaya katılmayı kabul ederken 41'i katılımı reddetmiştir. HT'lu hastalardan 60'ı kulakları duymadığından ve 15'in de konuşma problemi olduğundan, 22'si bir yıldan daha kısa süredir anti-hipertansif

tedavi aldığından, 2'si Türkçe bilmediğinden araştırmaya dâhil edilememiştir.

Araştırmaya örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan hastalar alınmıştır (Şekil 1).

**Örnekleme Dâhil Edilme Kriterleri;**

1. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
2. 18 yaş üzeri,
3. Araştırma yönergelerini anlayabilen,
4. İletişim sorunu olmayan,
5. Türkçe konuşan,
6. Son 12 ay boyunca anti-hipertansif ilaç kullanan hastalar.



Şekil 1. Araştırmanın Evreninden Örnekleme Gidiş Şeması

### **3.4 Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, eğitim durumu, gelir durumu, ailede HT durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, egzersiz yapma durumu, anti-hipertansif ilaç kullanma süresi, başka kronik hastalık durumu,

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları ve İlaç tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik ölçeği puanlarıdır.

### **3.5 Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında; Hasta Tanılama Soru Formu, Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.5.1 Hasta Tanılama Soru Formu (Ek-1)**

Sorular literatürden (2, 14, 18, 37,40, 41, 42, 43) yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma, eğitim, gelir durumu, sosyal güvence, ailede HT hastası varlığı, sigara tüketimi ve alkol kullanma, egzersiz yapma durumu, hipertansif ilaç kullanma süresi, HT dışında başka kronik hastalık varlığı durumlarını belirleyen 17 soru yer almaktadır.

#### **3.5.2 Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği (Ek-2)**

Ölçek 2011 yılında Erkoç, Işıklı, Metintaş ve Kalyoncu tarafından geliştirilmiş ve Türk toplumuna uygun bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Erkoç ve ark. tarafından geliştirilen HiB-DÖ, 22 madde ve 6 alt boyut [tanım (2 madde), medikal tedavi (4 madde), ilaçlara bağlılık (4 madde), yaşam biçimi (5 madde), diyet (2 madde) ve komplikasyonlar (5 madde)] olarak biçimlendirilmiştir. Ölçekte bulunan maddeler doğru ya da yanlış olabilen tam bir cümle biçimindedir. Ölçekteki her bir madde doğru, yanlış, bilmiyorum biçiminde hazırlanmış olup, her doğru yanıtı 1



puan verilmektedir. Ölçekte 9 tane yanlış önerme bulunmaktadır. Yanlış önermeler: Madde 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17'dir. Ölçeğin tümünde Cronbah Alfa değeri 0.81'dir (0.818). Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçekten 0-22 arasında puan alınabilmektedir (43). Bu çalışmada Cronbah Alfa değeri 0.60 bulunmuştur. Ölçek kullanım izni Baliz Erkoç'tan e- mail yoluyla alınmıştır (Ek-5A).

### **3.5.3 İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik İBOS (Ek-3)**

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçeği 2003 yılında, Ogedegbe ve ark. tarafından hipertansif Amerikalı bir örnekleme geliştirilmiştir. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçeğinin Türkçe uyarlaması Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından 2005 yılında yapılmıştır. İBOS, HT'lu hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Hastaların HT ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan İBOS uzun formu, 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçek Cronbach Alpha katsayısı 0.92'dir (2). HT' lu hastalarda İlaça Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeği kısa formunun Türkçe geçerliliği Hacıhasanoğlu, Gözüm, Çapık tarafından 2010 yılında uyarlanmıştır. Cronbach Alpha katsayısı 0.94'tür. Ölçek dördümlü likert tipinde [“Hiç emin değilim” (1 p), “Biraz eminim” (2 p), “Eminim” (3 p), “Çok eminim” (4 p)] ve 13 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde alınabilecek en düşük puan (13 p) ve en yüksek (52) puandır. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin anti-hipertansif tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir (44). Ölçek kullanım izni yazar Hacıhasanoğlu'ndan e- mail yoluyla alınmıştır (Ek-5B). Bu çalışmada Cronbah Alfa değeri 0.92 bulunmuştur.

### **3.6 Veri Toplama Süreci**

Araştırma verilerinin toplanmasında, dahil edilme kriterlerine uyan hastalara, araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı

sözlü olarak kabul eden hastalardan yazılı olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı onamları alınmıştır (Ek-4 ). Veriler, hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi ile yaptıkları servislerde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

### **3.7 Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21. 0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı özellikler frekans, yüzde ve ortalama ile verilmiştir. Kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için yapılan normalite testi (One-Sample Kolomogorov-Smirnov Testi) sonucunda elde edilen verilerin normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür.

Bu sonuca göre elde edilen verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmış olup, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır.

Kruskal Wallis H Testi sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test etmek içinde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İstatiksel değerlendirmede  $p < 0.05$  düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın sonuçları araştırmanın uygulandığı Gazimağusa Devlet Hastanesi Nöroloji, Dahiliye, Göğüs, Koroner Yoğun Bakım Servislerinde yatan HT’u olan hastalara genellenebilir.

### **3.9 Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmada kullanılacak olan İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçeği ve Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği sahiplerinden izinleri e-mail yoluyla alınmıştır (Ek- 5).

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği kurulundan etik kurul onayı (Tarih: 06. 12. 2017, Sayı: ETK00-2017-0254) alınmıştır (Ek-6).

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi M¼d¼rl¼đ¼'nden kurum izni (Tarih: 25.12. 2017, Sayı: YTK. 0.00-1/2013-19/79-1716561) alınmıştır (Ek-7).

Araştırmaya katılacak hastalara araştırma hakkında bilgi verilip, Bilgilendirilmiş G¼n¼ll¼ Olur Formu ile yazılı izin alınmıştır (Ek- 4).

## Bölüm 4

### BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamında elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Hipertansiyon Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri (n=163)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b> ort 66.10±12.96 (min:30-max:90)		
30-49 Yaş Arası	23	14.1
50-69 Yaş Arası	70	42.9
70 Yaş Ve Üstü	70	42.9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	97	59.5
Erkek	66	40.5
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur- yazar	44	27.0
İlkokul Mezunu	83	50.9
Ortaokul mezunu	14	8.6
Lise mezunu	16	9.8
Üniversite ve üzeri mezunu	6	3.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	118	72.4
Bekâr	45	27.6
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	26	16.0
Emekli	71	43.6
Çalışmayan	66	40.5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	146	89.6
Yok	17	10.4
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Az	101	62.0
Gelir Gidere Eşit	60	36.8
Gelir Giderden Fazla	2	1.2

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 66.10±12.96 (min:30-max:90) olarak bulunmuştur. Hastaların % 85. 6' sının 50 yaş ve üzerinde % 59.

5'inin kadın, % 72. 4'ünün evli, % 50. 9' unun ilkokul mezunu, % 43. 6'sının emekli, % 89. 6'sının sosyal güvence sahibi ve % 62' sinin gelirinin giderden az olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Hipertansiyon Hastalarının Kullandıkları İlaçlar Kullanma Süreleri ve Sürekli İlaç Kullanmak Zorunda Olduğu Hastalıkları (n=163)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Anti-Hipertansif İlaç Kullanma Süresi</b>		
1-9 Yıl Arası	78	47.9
10-19 Yıl Arası	51	31.3
20 Yıl ve Üzeri	34	20.9
<b>Sürekli Kullandığı İlaçlar*</b>		
Anjiotensin 2 Blokerleri	88	53.0
Beta blokerler	65	39.9
Kalsiyum kanal blokerleri	57	35.0
Diüretikler	36	22.1
ACE** inhibitörleri	31	19.0
Alfa blokerler	13	8.0
Diğerleri	23	14.1
<b>Ailede HT Hastası Varlığı</b>		
Evet	120	73.6
Hayır	43	26.4
<b>HT Dışında Başka Bir Hastalık Varlığı</b>		
Yok	22	13.5
Var	43	86.5
<b>Hastalıklar*</b>		
Diyabet	72	44.2
HT Dışı Kalp ve Damar Hast.	57	35.0
Astım	35	21.5
Tirod	18	11.0
Diğer	33	20.2

\*Birden çok seçenekte işaretleme yapılmıştır

\*\*Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörleri

Hipertansiyon nedeniyle hastaların en çok 1-9 yıldan beri (%47. 9) ilaç kullandıkları, kullanılan ilaçların sırasıyla anjiotensin 2 blokerleri, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretik grubu oldukları görülmüştür. Araştırmaya

katılan hastaların %73. 6'sının ailesinde de, ilaç kullanımını gerektiren bir HT hastası olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda hastaların % 86.5' nin HT dışında sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğu başka en az bir hastalıklarının da olduğu tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek hastalığa sahip olduğunu belirtenler arasında %44.2 ile diyabetin en çok görülen, ardından sırasıyla kalp ve damar (%35), astım (%21.5), tiroid (%11) ve diğer (%20.2) hastalıkların geldiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzları Dağılımı (n= 163)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	19	11.7
Hayır	144	88.3
<b>Kullanılan Sigara Miktarı (n=19)</b>		
Bir Paketten Az	8	42.1
Bir Paketten Çok	11	57.9
<b>Sigara İçme Sıklığı (n=19)</b>		
Her Gün	14	73.7
Ara Sıra	5	26.3
<b>Alkol Tüketme Durumu</b>		
Evet	17	10.4
Hayır	146	89.6
<b>İçilen Alkol Miktarı (n=17)</b>		
Bir Kadeh	6	35.3
İki Kadeh ve Daha Fazlası	11	64.7
<b>Alkol İçme Sıklığı (n=17)</b>		
Her Gün	4	23.5
Ara Sıra	13	76.5
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Evet	37	22.7
Hayır	126	77.3
<b>Yapılan Egzersiz Türü (n=37)</b>		
Yürüme	35	94.6
Bisiklet	2	5.4
<b>Egzersiz Yapma Süresi (n=37)</b>		
30 Dakikadan Az	7	18.9
30 Dakika ve Üstü	30	81.1
<b>Egzersiz Yapma Sıklığı (n=37)</b>		
Günde	21	56.8
Haftada	2	5.4
Ara Sıra	14	37.8

Hipertansiyonu olan hastaların %88.3'ü sigara, %89.6'sı alkol kullanmadıklarını ve %77.3'ü ise herhangi bir egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir. Egzersiz yaptığını belirtenlerin (%22.7); %94.6'sı yürüdüğünü,

%81.1'i 30 dakika ve/veya üzerinde egzersiz yaptığını ve %56.8'i ise her gün egzersiz yaptığını ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimsel İstatistik Sonuçları

<b>Ölçekler</b>	<b>Toplam Puan</b>	<b>Min Puan</b>	<b>Max Puan</b>	<b>Aritmetik Ortalama</b>	<b>Medyan</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>HİB- DÖ</b>	3038.0	11.0	22.0	18.63	19.00	2.40
<b>HİB- DÖ Tanım Alt Boyutu</b>	220.0	.00	2.0	1.34	2.00	.80
<b>HİB- DÖ Medikal Tedavi Alt Boyutu</b>	445.0	.00	4.0	2.73	3.00	1.22
<b>HİB- DÖ İlaçlara Bağlılık Alt Boyutu</b>	585.0	2.00	4.0	3.58	4.00	.59
<b>HİB-DÖ Yaşam Biçimi Alt Boyutu</b>	761.0	3.0	5.0	4.66	5.00	.60
<b>HİB-DÖ Diyet Alt Boyutu</b>	297.0	.00	2.0	1.82	2.00	.41
<b>HİB-DÖ Komplikasyonlar Alt Boyutu</b>	730.0	.00	5.0	4.47	5.00	.97
<b>İBOS</b>	6081.0	13.0	52.0	37.30	38.00	6.34

Araştırmaya katılan hastaların HİB-DÖ Genel puan ortalaması  $18.63 \pm 2.40$  ile oldukça yüksek bulunmuştur. Tablo 5'den de anlaşılacağı gibi HİB-DÖ Yaşam Biçimi alt boyutu 4.66, komplikasyonlar alt boyutu 4.47, ilaçlara bağlılık alt boyutu 3.58 olarak bulunmuştur. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeği puan ortalaması ise  $37.30 \pm 6.34$  ile ortanın biraz üstü seviyelerde bulunmuştur.



Tablo 6. Hipertansiyon Hastalarına Ait Bazı Değişkenlere Göre Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği Genel Puan Ortalamaları (n=163)

Özellikler	n	Sıra Ort.	mean±SD	İstatistiksel	Analiz
<b>Yaş</b>					
a 30-49 Yaş Arası	23	107.93	19.78±2.44	<b>x<sup>2</sup>= 10.54</b>	<b>Sd= 2 P: .005</b>
b 50-69 Yaş Arası	70	83.74	18.80±2.06	<b>a&gt;b</b>	<b>U: 539.0 p: .016</b>
c 70 Yaş Ve Üstü	70	71.74	18.10±2.57	<b>a&gt;c</b>	<b>U: 474.5 p: .003</b>
<b>Cinsiyet</b>					
a Kadın	97	86.64	18.85±2.42	U: 2751.0	P: .125
b Erkek	66	75.18	18.31±2.35		
<b>Medeni durum</b>					
a Evli	118	85.07	18.82±2.26	U: 2292.0	P: .174
b Bekar	45	73.94	18.15±2.70		
<b>Eğitim durumu</b>					
a Okur- yazar	44	63.25	17.65± 2.60	<b>x<sup>2</sup>: 11,18</b>	<b>Sd: 4 p: .025</b>
b İlkokul	83	86.60	18.90±2.21		
c Ortaokul	14	85.64	18.71±2.72	<b>b&gt;a</b>	<b>U:1283.5</b>
d Lise	16	100.59	19.56±2.15		
e Üniversite ve üzeri	6	97.83	19.50±1.37		
<b>Çalışma durumu</b>					
a Çalışan	26	107.54	19.80±2.17	<b>x<sup>2</sup>:10.03</b>	<b>Sd:2 p: .007</b>
b Emekli	71	73.70	18.16±2.57	<b>a&gt;b</b>	<b>U:545.0 p: .002</b>
c Çalışmayan	66	80.87	18.68±2.15	<b>a&gt;c</b>	<b>U:572.0 p: .012</b>
<b>Ailede HT hastası varlığı</b>					
a Evet	120	86.30	18.87±2.29	<b>U: 2064.0</b>	<b>p: .049</b>
b Hayır	43	70.00	17.97±2.58		
<b>Anti-hipertansif kullanma süresi</b>					
a 1-9 Yıl Arası	78	79.84	18.52±2.41	<b>X<sup>2</sup>: .334</b>	<b>Sd: 2 p: .846</b>
b 10-19 Yıl Arası	51	83.48	18.70±2.50		
c 20 Yıl Ve Üzeri	34	84.74	18.79±2.29		
U: Mann Whitney U Testi		x <sup>2</sup> : Kruskall Wallis H		p:< .05	

Tablo 6’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan HT hastalarının HT bilgi düzeyi ölçeği genel puanları ile “yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve ailede hipertansiyon varlığı” değişkenlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark görülürken, “cinsiyet, medeni durum ve anti- hipertansif ilaç kullanma süresi” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

**1. Yaş Değişkeni:** Hipertansiyon hastalarının yaş durumu gruplarının HİB-DÖ genel puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ( $p < .05$ ). Bu işlemin ardından belirlenen anlamli farklıliğın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U uygulanmıştır.

Analizlerin sonucunda farklılık “30-49 yaş” grubunda olan HT hastaları ile “50-69 yaş” ve “70 yaş ve üstü” grubunda olan HT hastaları arasında olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre “30- 49 yaş” grubunda olan HT hastalarının HİB- DÖ genel puanları “50-69” ve 70 yaş ve üstü” grubunda olanlara göre daha yüksek ve olumludur. Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki bulunamamıştır.

**2. Eğitim Durumu:** Araştırmaya katılan HT hastalarının eğitim durumu gruplarının HİB-DÖ genel puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ( $p < .05$ ).

Farklılık okur- yazar hastalar ile “ilkokul ve “lise mezunları” arasındadır. “ilkokul” ve “lise mezunu” HT hastalarının HİB- DÖ genel puanları “okur -yazarlara göre daha yüksek ve olumludur. Diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunamamıştır.

**3. Çalışma Durumu:** Hipertansiyon hastalarının çalışma durumu değişkenine bakıldığında gruplarının HİB-DÖ genel puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ( $p < .05$ ).

Çalışanlar ile “emekli” ve “çalışmayan” grubunda olan HT hastalarının HİB- DÖ genel puan ortalamaları arasında fark vardır. Bu sonuca göre çalışanların HİB- DÖ genel puanları “emekli” ve “çalışmayanlara” göre daha yüksek ve olumludur. Diğer çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki bulunamamıştır.

**4. Ailede HT Hastası Varlığı Durumu:** Hipertansiyon hastalarının HİB-DÖ genel puanlarının “ailede HT hastası varlığı” durumu değişkenine göre anlamli farklılık saptanmıştır. Buna göre HT hastalarının HİB-DÖ genel puanları ailede ilaç

kullanımını gerektiren HT hastası olanların, olmayanlardan daha yüksek olarak bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Tablo 7. HT Hastalarına Ait Bazı Değişkenlere Göre HT Bilgi Düzeyi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=163)

Tanıtıcı özellikler	Tanım	Medikal tedavi		İlaçlara bağlılık		Yaşam biçimi		Diyet		Komplikasyonlar				
		Sıra ort.	mean±SD	Sıra ort.	mean±SD	Sıra ort.	mean±SD	Sıra ort.	mean±SD	Sıra ort.	mean±SD			
<b>Yaş</b>	<b>N</b>													
<b>a</b>	30-49	23	103.65	1.73±0.61	98.46	3.13±1.17	93.00	3.73±0.54	90.28	4.82±0.38	80.91	1.78±0.51	82.65	4.56±0.72
<b>b</b>	50-69	70	77.93	1.27±0.83	81.51	2.72±1.20	84.87	3.64±0.53	86.46	4.71±0.61	80.55	1.81±0.39	88.48	4.62±0.83
<b>c</b>	70 ve Üstü	70	78.96	1.30±0.80	77.09	2.60±1.25	75.51	3.48±0.65	74.82	4.57±0.62	83.81	1.84±0.40	75.31	4.30±1.14
<b>İstatistik</b>	<b>Sd=2</b>		<b>X<sup>2</sup>=7.02</b>	<b>P:.030</b>	<b>X<sup>2</sup>=3.84</b>	<b>p:.147</b>	<b>X<sup>2</sup>=4.01</b>	<b>p:.135</b>	<b>X<sup>2</sup>=4.97</b>	<b>p:.083</b>	<b>X<sup>2</sup>=4.35</b>	<b>P:.804</b>	<b>X<sup>2</sup>=4.13</b>	<b>p:.127</b>
			<b>a&gt;b - a&gt;c</b>											
			<b>U: 554.0</b>	<b>p: .011</b>										
			<b>U: 558.0</b>	<b>p: .013</b>										
<b>Cinsiyet</b>														
<b>a</b>	Kadın	97	85.68	1.41±0.80	84.70	2.80±1.20	85.20	3.63±0.56	84.37	4.71±0.55	86.37	1.88±0.31	80.83	4.40±1.10
<b>b</b>	Erkek	66	76.59	1.25±0.80	78.03	2.62±1.26	77.30	3.51±0.63	78.52	4.60±0.65	75.58	1.72±0.51	83.72	4.59±0.73
<b>İstatistik</b>			<b>U: 2844.0</b>	<b>P: .178</b>	<b>U: 2939.0</b>	<b>P: .358</b>	<b>U: 2891.0</b>	<b>P: .212</b>	<b>U: 2971.0</b>	<b>P: .33</b>	<b>U: 2777.0</b>	<b>P: .026</b>	<b>U: 3087.5</b>	<b>P: .637</b>
<b>Medeni Durum</b>														
<b>a</b>	Evli	118	82.01	1.35±0.79	84.53	2.82±1.13	83.42	3.61±0.58	84.65	4.70±0.58	80.94	1.80±0.43	82.14	4.52±0.86
<b>b</b>	Bekar	45	81.97	1.33±0.85	75.36	2.48±1.42	78.27	3.53±0.62	75.04	4.57±0.62	84.77	1.86±0.34	81.63	4.35±1.22
<b>İstatistik</b>			<b>U: 2653.5</b>	<b>P: .995</b>	<b>U: 2356.0</b>	<b>P: .249</b>	<b>U: 2487.0</b>	<b>P: .458</b>	<b>U: 2342.0</b>	<b>P: .131</b>	<b>U: 2530.5</b>	<b>P: .473</b>	<b>U: 2638.5</b>	<b>P: .940</b>
<b>Eğitim durumu</b>														
<b>a</b>	Okur-yazar	44	78.22	1.93±.25	76.39	4.47±.73	74.68	2.54±1.35	71.20	3.93±1.33	90.01	1.27±0.84	62.08	3.50±.59
<b>b</b>	İlkokul	83	82.99	1.78±.44	79.43	4.77±.47	82.35	2.67±1.21	87.42	4.72±.72	78.85	1.36±.82	92.14	3.59±.60
<b>c</b>	Ortaok.	14	85.64	1.64±.63	93.18	4.71±.72	73.86	3.00±1.24	89.57	4.92±.26	71.54	1.00±.78	101.93	3.42±.75
<b>d</b>	Lise	16	100.59	1.93±.25	99.28	4.68±.60	96.56	3.18±1.04	83.16	4.37±.80	90.47	1.26±.62	72.00	3.81±.40
<b>e</b>	Üniv ve üzeri	6	97.83	1.66±.51	86.50	4.50±.54	111.00	3.00±0.63	65.50	4.33±.81	68.67	-	68.00	-
<b>İstatistik</b>			<b>X<sup>2</sup>:8.79</b>	<b>p:.067</b>	<b>X<sup>2</sup>:4.15</b>	<b>p:.186</b>	<b>X<sup>2</sup>:7.46</b>	<b>p:.113</b>	<b>X<sup>2</sup>:7.58</b>	<b>p:.108</b>	<b>X<sup>2</sup>:7.98</b>	<b>p:.092</b>	<b>X<sup>2</sup>:23.32</b>	<b>p:.000</b>
<b>Sd: 4</b>													<b>b&gt;a,c&gt;a,d&gt;b,d&gt;c,c&gt;e</b>	
													<b>U:1161.0</b>	<b>p:.000</b>
													<b>U:162.5</b>	<b>p:.003</b>
													<b>U:493.0</b>	<b>p:.027</b>
													<b>U:69.5</b>	<b>p:.023</b>
													<b>U:23.5</b>	<b>p:.029</b>

<b>Çalışma Durumu</b>														
<b>a</b>	Çalışan	26	85.17	1.42±0.75	107.17	3.38±0.89	96.19	3.80±0.40	85.96	4.76±0.42	82.60	1.80±0.49	91.21	4.61±1.06
<b>b</b>	Emekli	71	76.17	1.23±0.83	76.96	2.57±1.30	78.59	3.53±0.62	76.46	4.56±0.69	79.44	1.78±0.44	80.16	4.46±0.96
<b>c</b>	Çalışmaya n	66	87.02	1.43±0.78	77.50	2.63±1.18	80.08	3.56±0.61	86.40	4.74±0.53	84.52	1.86±0.34	80.35	4.43±0.96
<b>İstatistik</b>			X <sup>2</sup> :2.42	p :.298	<b>X<sup>2</sup>: 9.49</b>	<b>p: .009</b>	X <sup>2</sup> : 4.01	p: .134	X <sup>2</sup> : 2.92	p: .231	X <sup>2</sup> :.968	p: .616	X <sup>2</sup> :1.78	p: .410
<b>Sd: 2</b>					<b>a&gt;b U:583.5</b>	<b>p: .004</b>								
					<b>a&gt;c U:543.0</b>	<b>p: .004</b>								
<b>Ailede HT hastası varlığı</b>														
<b>a</b>	Evet	120	84.59	1.40±0.76	81.98	2.71±1.26	82.36	3.59±0.60	85.68	4.74±0.51	84.54	1.85±0.40	84.45	4.56±0.82
<b>b</b>	Hayır	43	74.78	1.18±0.90	82.06	2.76±1.13	81.00	3.58±0.58	71.72	4.46±0.76	74.91	1.74±0.44	75.16	4.23±1.28
<b>İstatistik</b>			U: 2269.5	P: .192	U: 2577.5	P: .992	U: 2537.0	P: .847	<b>U: 2138.0</b>	<b>P: .031</b>	U: 2275.0	P: .075	U: 2286.0	P: .173
<b>Anti-hipertansif ilaç kullanma süresi</b>														
<b>a</b>	1-9	78	78.17	1.26±0.84	82.44	2.75±1.18	78.17	3.52±0.63	83.61	4.69±0.58	81.91	1.82±0.41	80.85	4.46±0.97
<b>b</b>	10-19	51	85.79	1.43±0.75	76.51	2.58±1.25	88.73	3.68±0.54	81.37	4.66±0.58	82.87	1.84±0.36	81.82	4.49±0.96
<b>c</b>	20 üst	34	85.09	1.41±0.78	89.24	2.88±1.29	80.71	3.58±0.55	79.25	4.61±0.65	80.90	1.79±0.47	84.90	4.50±1.02
<b>İstatistik</b>	<b>Sd:2</b>		X <sup>2</sup> : 1.22	p: .541	X <sup>2</sup> :1.61	p: .446	X <sup>2</sup> :2.23	p: .327	X <sup>2</sup> :.363	p: .834	X <sup>2</sup> :.087	p: .957	X <sup>2</sup> :.265	p: .876

U: Mann Whitney U Testi, x<sup>2</sup>: Kruskall Wallis H, p< .05

**Tanım Alt Boyutu:** Hastaların “cinsiyet, medeni, eğitim ve çalışma durumu, ailede HT hastası varlığı ve anti-hipertansif ilaç kullanma süresi” değişkenlerine göre HİB- DÖ’nin “tanım” alt boyut puan ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p < .05$ ).

Ölçeğin “tanım” alt boyut puanı ile HT hastalarının sadece “yaş” durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yaşı 30-49 arasında olan HT hastalarının HİB-DÖ “tanım” alt boyut puanları, yaşı 50-69 ve 70 yaş ve üzerinde olanlara göre, daha yüksek bulunmuştur. Diğer yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Medikal Tedavi Alt Boyut:** Hastaların HİB- DÖ “medikal tedavi” alt boyut puanları ile tanımlayıcı özelliklerinden çalışma durumu dışında “yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, ailede HT hastası varlığı ve anti-hipertansif ilaç kullanma süresi” değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > .05$ ).

Çalışmakta olan HT hastalarının HİB-DÖ “medikal tedavi” alt boyut puanları “emekli” ve “çalışmayan” grubunda olan HT hastalarına göre daha yüksektir ve anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < .05$ ).

**İlaçlara Bağlılık Alt Boyut:** HİB-DÖ ilaçlara bağlılık alt boyut puanları ile HT hastalarının tanımlayıcı değişkenlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

**Yaşam Biçimi Alt Boyut:** HİB-DÖ “yaşam biçimi” alt boyut puanlarının HT hastalarının “yaş, eğitim, medeni ve çalışma durumu, anti-hipertansif ilaç kullanma süresi” değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Ancak “ailede HT hastası varlığı” değişkeninin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuca göre, ailesinde HT hastası olanların

HİB-DÖ yaşam biçimi alt boyut puanları, olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < .05$ ).

**Diyet Alt Boyut:** HT hastalarının “yaş, medeni, eğitim, çalışma durumu, anti-hipertansif ilaç kullanma süresi ve ailede HT hastası varlığı” değişkenlerinin, HİB DÖ “diyet” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 7’ de görüldüğü gibi HT hastalarının cinsiyet değişkenine göre ölçek “diyet” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p < .05$ ). Bu fark kadınlar lehine olup, kadın HT hastalarının HİB-DÖ diyet alt boyut puanları, erkeklere göre daha yüksektir.

**Komplikasyonlar Alt Boyut:** Ölçeğin “komplikasyonlar” alt boyut puanı sıralama ortalamaları ile HT hastalarının “yaş, cinsiyet, medeni ve çalışma durumu ve ailede HT hastası varlığı ve anti-hipertansif ilaç kullanma süresi” gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

Hipertansiyon hastalarının “eğitim durumu” gruplarının ölçek “komplikasyonlar” alt boyut puanlarının ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeylerine göre HİB-DÖ “komplikasyonlar” alt boyut puanları karşılaştırıldığında lise mezunlarının en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Ardından sırasıyla üniversite ve üzeri eğitilmişler, ortaokul ve ilkokul mezunları gelmektedir. Eğitim grubunda en düşük puan ortalamasının okur-yazar HT hastalarına ait olduğu tespit edilmiştir. Ortaokul ile ilkokul mezunları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamazken, diğer eğitim gruplarının “komplikasyonlar” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p < .05$ ).

Tablo 8. Hipertansiyon Hastalarının Bazı Değişkenlerine Göre İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz- etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları (n=163)

Özellikler	n	Sıra Ort.	mean±SD	İstatistiksel Analiz
<b>Yaş</b>				
a 30-49 Yaş Arası	23	93.78	39.30±9.57	$\chi^2= 3.64$ Sd= 2 p: .162
b 50-69 Yaş Arası	70	85.54	37.84±5.71	
c 70 Yaş Ve Üstü	70	74.59	36.11±5.42	
<b>Cinsiyet</b>				
a Kadın	97	85.13	37.75±6.06	U: 2897. 5 p: .299
b Erkek	66	77.40	36.65±6.72	
<b>Medeni Durum</b>				
a Evli	118	81.11	37.89±6.10	U: 2549. 5 p: .692
b Bekâr	45	84.34	37.08±6.99	
<b>Ailede Hipertansiyon Hastası Varlığı</b>				
a Evet	120	79.38	37.08±6.73	U: 2265. 5 p: .230
b Hayır	43	89.31	37.93±5.11	
<b>Eğitim Durumu</b>				
a Okur- yazar	44	67.52	35.09±5.92	$\chi^2: 12.74$ Sd: 4 p: .013 b>a – d>a – d>b U:1415.0 p: .035 U:155.5 p: .001 U:404.5 p: .012
b İlkokul	83	84.98	38.07±4.93	
c Ortaokul	14	75.00	35.35±10.24	
d Lise	16	114.47	41.62±7.37	
e Üniversite ve üzeri	6	76.67	36.00±6.35	
<b>Çalışma Durumu</b>				
a Çalışan	26	97.83	39.65±8.95	$\chi^2:3.57$ Sd:2 p: .168
b Emekli	71	78.69	36.85±5.42	
c Çalışmayan	66	79.33	36.86±5.91	
<b>Anti-Hipertansif İlaç Kullanma süresi</b>				
a 1-9 Yıl Arası	78	76.40	35.58±7.15	$\chi^2: 2,47$ Sd: 2 p: .290
b 10-19 Yıl Arası	51	89.46	38.50±6.13	
c 20 Yıl Ve Üzeri	34	83.66	37.14±4.17	
U: Mann Whitney U Testi		X <sup>2</sup> : Kruskal Wallis H p< .05		

Tablo 8’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan HT hastalarının “yaş, cinsiyet, medeni ve çalışma durumu, anti-hipertansif ilaç kullanma süresi ve ailede HT hastası varlığı” değişkenlerine göre İBOS ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05).

Araştırmaya katılan HT hastalarının sadece eğitim düzeyleri ile İBOS ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.



**Eğitim Durumu:** Analizlerin sonucunda farklılığın eğitim durumu okur-yazar, ilkokul ve lise mezunu olan HT hastalarının, İBOS puan ortalamaları arasında olduğu görülmüştür. Lise mezunlarının İBOS puan ortalaması diğer tüm eğitim gruplarından daha yüksek iken, en düşük puan ortalaması okur- yazar hastalara aittir. Okur- yazar ve ilkokul mezunlarının puan ortalamaları ile lise mezunu olan HT hastalarının İBOS puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<.05$ ). Ayrıca ilkokul mezunlarının da İBOS puan ortalamaları okur- yazar olan hastalardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Diğer eğitim grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda, HT hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum z-etkililik lçeği puanlarının, Hipertansiyon Bilgi Düzeyi lçeği Genel ve Alt Boyut puanlarıyla korelasyonuna bakılmıştır. Bu karşılaştırmayı yapmak için ‘‘Pearson arpım Korelasyon Katsayısı’’ tekniğinin non-parametrik karşılığı olan ‘‘Sperman’s rho Korelasyon katsayısı’’ tekniği kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 9’ da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları

HT Bilgi Düzeyi Ölçeği	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği				
	n	X	Ss	r rho değeri	p değeri
<b>Genel</b>	163	18.6-37.3	2.4-6.3	<b>.261</b>	<b>.001</b>
<b>Tanım Alt Boyutu</b>	163	1.3-37.3	0.8-6.3	<b>.228</b>	<b>.003</b>
<b>Medikal Tedavi Alt Boyutu</b>	163	2.7-37.3	1.2-6.3	<b>.187</b>	<b>.017</b>
<b>İlaçlara Bağlılık Alt Boyutu</b>	163	3.5-37.3	0.5-6.3	<b>.057</b>	<b>.467</b>
<b>Yaşam Biçimi Alt Boyutu</b>	163	4.6-37.3	0.5-6.3	<b>.091</b>	<b>.246</b>
<b>Diyet Alt Boyutu</b>	163	1.8-37.3	0.4-6.3	<b>-.021</b>	<b>.790</b>
<b>Komplikasyonlar Alt Boyutu</b>	163	4.4-37.3	0.9-6.3	<b>.080</b>	<b>.308</b>

Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ile hipertansiyon bilgi düzeyi ölçeği genel ve tanım alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan düşük düzeyde pozitif, doğrusal anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r_{rho}=.261$ ,  $p: .001$ ;  $p<.05$ ). Bu sonuca göre HT hastalarının bilgi düzeyi ölçeği genel ve tanım puanları yükseldikçe ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik puanları da yükselmektedir. HT hastalarının ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ile hipertansiyon bilgi düzeyi ölçeği ilaçlara bağlılık, yaşam biçimi, diyet ve komplikasyonlar alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>.05$ ).

## Bölüm 5

### TARTIŞMA

Hipertansiyon bütün dünyadaki yetişkin ölüm oranının %6'sının nedeni olarak görülmekte ve ölüm sebepleri içinde üçüncü sırada bulunmaktadır. HT önlenebilen kardiyovasküler riskler arasında büyük bir öneme sahiptir (2). HT yönetiminde başarı tansiyonu kontrol altına alma ve kontrolün sürdürülmesinde kararlı olunması ile mümkündür. Bu nedenle HT' u olan hastaların ilaç tedavisine uyum göstermeleri büyük önem kazanmaktadır.

Araştırmamıza katılan HT' u olan hastaların % 59.5'ini kadınlar oluşturmuştur (Tablo 2). Kumaraswamy ve ark (2014) Hindistan'da 132 kişiyle yaptıkları "Antihipertansif ilaçların geçimsizlik belirleyicilerinin incelenmesi" adlı çalışmada erkeklerin oranını bizim çalışmamızdaki gibi kadınlardan daha düşük oranda olduğunu belirtmişlerdir (45). Alhalaiqa ve ark. 2012'de yayınlanan Ürdün'de 3 genel hastanenin polikliniğinde, komplikasyonsuz HT' lu 136 hastayla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada da girişim grubunun %63'ünü kadınlar oluşturmaktadır (4). Yapılan diğer benzer çalışmalarda da kadınların, erkeklere göre daha yüksek oranda olduğu ve çalışma örnekleminizle benzer olduğu görülmüştür (2, 8, 11, 15, 38, 42, 46, 47, 48, 49).

Aksel (50) ve ark 2009 yılında Kıbrıs'ta bir devlet hastanesinde dahiliye servisinde yatarak tedavi gören 100 hastayla "Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi" adlı çalışmada, bizim yaptığımız çalışmadan farklı olarak erkeklerin oranını daha fazla (%64) bulduklarını

bildirmişlerdir (Tablo 2). Erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları, kadın hastalardan daha yüksek bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir. Araştırmaya alınan hastaların hemen hemen tamamının (%99) sürekli ilaç kullanmak zorunda olduklarını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada HT' u olanların  $66.10 \pm 12.96$  (min30-max90) yaş ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 2). Tümer ve ark (40) Muğla Aile Sağlığı Merkezinde 2012'de 287 hipertansif hastayla yaptıkları çalışmalarında 60 yaş ve altı gruptakilerin oranını çalışmamızla benzer şekilde % 55.1 olarak bildirmektedirler. Literatürde benzer yaş gruplarında yapılmış birçok çalışma ile karşılaşılmıştır (2,40, 42, 47, 48, 49). Oğuz ve ark (38) (2013) İstanbul' da bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde 159 kişiyle gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda ise 60 yaş üzerini % 56.6 olarak bizim örneklem grubumuzdan daha yüksek oranda tespit ettiklerini belirtmektedirler. Bu çalışmasında yaş gruplamasının 60 yaş ve üzeri olarak alındığı görülmektedir. HT'un yüksek oranlarda görüldüğü 70 ve üzeri yaşlar da bu gruba dahil edildiğinden bizim çalışmamızdan farklı olarak HT 50-60 yaş aralığında daha düşük olduğu görülmektedir.

Yapılan birçok çalışmada (8, 11, 18, 38, 42, 46) HT' lu hastaların eğitim düzeyinin bizim çalışmamızla (%50.9) benzer olarak yarısının ilkokul mezunu oldukları görülmüştür (Tablo 2). Şahin ve ark 2015 yılında bir devlet hastanesi kardiyoloji polikliniğinde yaptıkları çalışmada ise, okur-yazar olmayan veya okul bitirmemiş okur- yazar grubunu %67 olarak bulmuşlardır. Bu oran bizim çalışma grubumuzdan çok daha düşük bir eğitim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Erci ve ark. (2015) çalışmasında ise üniversite mezunu oranı (%34.5) daha yüksek bulunmuştur (48). İç hastalıkları polikliniğine, ayaktan başvuranlarla yapılan bu

çalışmaya katılanların yaş ortalaması ( $52.16 \pm 14.88$ ) bizim çalışma grubumuzdan daha düşük olduğu için eğitim düzeyi üzerine etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni duruma bakıldığında; evli olanların oranı % 72. 4 olarak bulunmuş olup, diğer çalışmalarla (15, 38, 40, 42, 45, 46, 47) benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). B. Kara ve ark. (18) 2006' da GATA Kardiyoloji polikliniğinde 77 hastayla "Hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncını düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisi" ve Vatansever ve ark. (2) (2010) HT Polikliniğinde 94 kişiyle yaptıkları "Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/ öz-etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" adlı çalışmalarında evli olanların oranı (sırasıyla % 90. 9- % 94. 7) bizim çalışmamıza göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma gruplarına bakıldığında bizim çalışmamıza göre daha düşük yaş ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir.

Şahin ve ark (15) (2015) tarafından yapılan çalışmada, gelir algısına bakıldığında; gelirin giderden az ve gelirin gidere eşit olma durumu (sırasıyla %54. 7, %22. 6) bizim çalışma sonuçlarımızla (sırasıyla %62, %36. 8) benzer oranda oldukları görülmüştür (Tablo 2). Hacıhasanoğlu ve ark (42) Erzincan il merkezinde 192 kişi ile yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi algısı çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak bulunmuştur (sırasıyla %32. 3, % 61. 5).

Bu çalışmada (%73. 6) ve benzer çalışmalarda ailede ilaç kullanımını gerektiren HT hastası olma durumu aynı oranlarda bulunmuştur (2, 15, 38) (Tablo 3). Tümer ve ark (40) Muğla aile sağlığı merkezinde 287 kişi ile yaptıkları çalışmada %55. 1, Kumar ve ark Güney Hindistan' da bir hastanede 120 hipertansif hasta (erkek %63. 3- kadın %36. 7) ile yaptıkları çalışmada ise %33. 3 oranında ailelerinde ilaç kullanan HT hastası olduğunu belirtmişlerdir (51). Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında bu oranların çok düşük olduğu görülmektedir. Bu iki çalışmada

gelir ve eğitim düzeyinin çalışma grubumuzdan daha yüksek olmasının ailede görülen ilaç kullanımı gerektiren HT varlığının daha az olmasında etkisi olabileceği söylenebilir.

Anti-hipertansif ilaç kullanma süresi yaptığımız çalışmada en çok 1-9 yıl arası (%47.9) en az 20 yıl ve üzeri (%20.9) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Tümer'in (40) ( $\leq 8$  yıl %71.8) 287 kişiyle ve Erci'nin (48) (1-10 yıl %70) 197 kişiyle yaptıkları çalışmada 1-10 yıl arası ilaç kullanma süreleri daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Tümer (40) ve Erci'nin (48) çalışmalarındaki örneklem gruplarının, bizim araştırma grubumuza göre daha kısa süredir antihipertansif ilaç kullandıkları görülmektedir.

Çalışmamızda egzersiz yapanların oranı % 22. 7 olarak bulunmuş olup en çok yapılan egzersiz türü de yürüyüş olarak belirtilmiştir (Tablo 4). Teke ve ark 2015 yılında Konya Kardiyoloji polikliniğine başvuran 235 kişiyle yaptığı "Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" adlı çalışmada %88.5'inin egzersiz yapmadığı, egzersiz yapanların yürüyüş yaptığı bulunmuştur (46). Bu sonuç çalışma bulgularımızla benzerlik göstermekte ve desteklemektedir. Parmar ve ark. sağlıklı yaşam için, düzenli egzersiz yapmak (%45), HT önlemek için tuzu azaltmak (%40), kan basıncını düzenli kontrol ettirmek (%36.2), hekimle sürekli temas halinde olması (%28.4) gerektiğini belirtmektedirler (52).

Hacıhasanoğlu ve ark (2013) Erzincan' da 192 kişiyle yaptıkları "Hipertansif bireylerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavi uyumuna etkisi" adlı çalışmada, %47 oranında HT dışında en az bir ek hastalıklarının olduğu belirtilmiştir (42). Yine Tümer ve ark (40), Vatansever ve ark'nın (2) çalışmalarında; Hacıhasanoğlu (42) ile benzer, bizim çalışma sonuçlarımızdan (%60. 9) farklı olarak daha düşük oranlarda ek hastalık görülme

oranı tespit etmişlerdir. Bu sonuca göre çalışmamız ile diğerleri arasındaki farka baktığımızda; yaş ortalamalarının ve ilaç kullanma sürelerinin bizim çalışma grubumuzdan daha düşük, gelir düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür. HT dışında kronik hastalık sahibi olma durumunu yaş ortalaması, gelir düzeyi ve ilaç kullanma sürelerinin etkilemiş olabileceği söylenebilir (Tablo 3).

Özdemir ve ark (47) 2012 GATA Geriatri polikliniğinde 65 yaş ve üzeri 107 kişiyle “Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları” isimli çalışmada (%93. 4) ise HT dışında farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumunun, bizim çalışmamızla benzer değerlerde olduğu görülmüştür (Tablo 3). Kronik hastalıkların yaşlanma ile birlikte ortaya çıkma oranları da yükselmektedir, bu iki çalışmadaki yaş ortalaması birbiriyle benzer şekilde daha yüksektir. Literatürde benzer bulguları ortaya koyan çalışmalar bulunmuştur (18, 47, 53).

Bizim çalışmamızda, katılımcıların en fazla diyabet ile kalp ve damar hastalığı (sırasıyla; % 44.2, % 35) olduğu bulunurken, Şahin ve ark'nın yaptıkları çalışmalarında diyabet % 18, kalp ve damar hastalığı % 45 olarak bulunmuştur (15). Teke ve ark'nın çalışmasında araştırmaya katılanların % 72.3'nün ek kronik hastalığı olduğu ve bunu % 39.2 ile diyabetin izlediği görülmüştür (46). Kumar ve ark (51) yaptıkları araştırmada da diyabet ilk sırayı almıştır. Literatürde HT'u olan hastalarda en çok diyabet ve kalp-damar hastalıklarının görülmesi, çalışma sonuçlarımızla benzer ve destekleyici niteliktedir (Tablo 3).

Yapmış olduğumuz araştırmada HİP-DÖ genel puan ortalaması  $18.63 \pm 2.40$  (min:11-max:22) olarak bulunmuş ve hastaların orta düzeyin üzerinde yüksek bir puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puan; sırasıyla yaşam biçimi, komplikasyonlar ve ilaçlara bağlılıktan alınırken, en

düşük puanlar; sırasıyla tanım, diyet ve medikal tedavi boyutlarından alınmıştır (Tablo 5)

Erkoç ve ark. (43) (2011) 457 kişi ile yaptıkları çalışmada ölçek genel puan ortalamasını  $17.71\pm 3.77$  ve Uyanık ve ark. (54) 2015 yılında Eskişehir’de 1850 kişi ile KARRİF-BD çalışmasında hipertansiyon bilgi düzeyi ortalamasını  $18.64\pm 4.68$  olarak bulduklarını belirtmektedirler. Bu sonuçların çalışma sonuçlarımızla benzer ve destekleyici olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Araştırmamıza katılanların HİB-DÖ puanları, yaş ortalaması arttıkça düşmektedir. Benzer bulgu Uyanık ve ark.’nın (54) KARRİF-BD ölçeğiyle yaptıkları çalışmasında da görülmektedir ve çalışmamızla benzerdir.

Viera ve ark. Amerika’da yaptıkları çalışmada ise HT bilgi düzeyinin düşük olduğu ve hastaların soruların çoğuna doğru yanıtlar veremediklerini bildirmektedir (56). Bu bizim çalışma sonucumuzla uyumlu değildir. Uyumsuzluğun farklı ırklardan (Afrika kökenli Amerikalı) ve düşük eğitim düzeyinden kaynaklandığı görülmektedir. Bilgi düzeyi ile yaş ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarımızla bu bulgular uyumludur. Bizim çalışmamızda da yaş ve eğitim ile HİB-DÖ genel puanı arasında anlamlı fark vardır. Eğitim durumu ilkokul veya lise mezunu grubunda olan HT hastalarının HİB-DÖ genel puanları okul bitirmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur ( $p<.05$ ) (Tablo 6).

Eskişehir’ de Uyanık ve ark. (54) 2015 yılında, 20 yaş ve üzeri erişkinlerde “Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Erişkin Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Bilgi ve Farkındalık Düzeyi” isimli çalışmasında öğrenim durumu yükseldikçe, bireylerin KARRİF-BD (KVH Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği) ölçeğinden alınan puan ortancalarının arttığı belirtilmektedir ( $p<0.001$ ).



Motlagh ve ark.'nın İran'da (2015) yaş ortalaması  $66.26 \pm 12.36$  olan 1836 HT'lu hasta ile yaptıkları "hipertansiyon bilgi düzeyi" (HK-LS) çalışmasında ise; özellikle 39 yaş ve altı, lise ve üzerinde eğitilmiş, bekar ve çalışanların bilgi düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçları çalışmamızla ilişkilendirdiğimizde; yaş, eğitim ve çalışma durumunun hipertansiyon bilgi düzeyini etkilediği görülmüştür ( $p < .05$ ). Motlagh ve ark.'larının (57) çalışma sonuçlarının, bizim sonuçlarımızla benzer ve destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Shaikh, Yakta, Kumar (2010) Hindistan'da 359 kişi ile üniversite hastanesi polikliniklerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; okul bitirmeyen kişilerin genel bilgi, ilaç kullanımı, HT kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili çok düşük bilgi düzeyine sahip oldukları, sadece tuz tüketimi ile HT arasındaki ilişkiyi bildikleri belirtilmiş, eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyinin %80 ler oranına çıktığını vurgulamışlardır (58). Çalışmamız sonuçları ile uyumlu ve eğitimin, HT bilgi düzeyini olumlu etkilediği sonucumuzu destekler niteliktedir (Tablo 6).

Almas ve ark.'larının (2012) 650 kişi ile Pakistan'da gerçekleştirdikleri çalışmalarında, HT bilgi düzeyi ortalaması (max 38 üzerinden)  $20.97 \pm 4.93$ 'dür. Çalışmalarında HT bilgi puanının ortalamasının üzerinde olduğunu belirtmektedirler. Almas ve ark.'ları erkek, 59 yaş ve altı, lise ve üzeri eğitilmişlerin HT bilgi düzeylerini yüksek bulmuşlardır (59). Bizim çalışmamıza katılanların HİP-DÖ ölçek ortalama puanı (max 22 üzerinden)  $18.63 \pm 2.40$  ile yüksek HT bilgi düzeyine sahip oldukları, yine benzer şekilde 49 yaş ve altı, orta eğitim ve üzerinde olanların HT bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. İki çalışma sonucu cinsiyet dışında benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda kadın HT hastalarının HİB-DÖ diyet alt boyut puanları, erkek HT hastalarından daha yüksektir ( $p < .05$ ). Ancak

kadınların ölçek sıralaması erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 7).

Çalışmamızda ailesinde, ilaç kullanımını gerektiren HT hastası olanların, HİB-DÖ genel ve yaşam biçimi alt boyut puanları, olmayanlara göre daha yüksektir ( $p<.05$ ) (Tablo 5). Arıkan ve ark. Eskişehir’ de 200 kişiyle yapmış oldukları KARRİF-BD ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği çalışmasında ailede HT görülme oranının %60 olduğunu ve ailede HT öykü pozitifliğinin, ölçekten alınan puan ortalamasını artırdığını belirtmişlerdir (60). Bizim çalışmamızla benzer özellik göstermektedir (Tablo 2).

Erkoç ve ark. yapmış oldukları çalışmada HİP-DÖ tıbbi tedavi alt boyutu kadınlarda, yaşam tarzı, tanım, ilaç uyumu ve diyet eğitim düzeyi yüksek olanlarda, komplikasyon ise 60 yaş altında ve yine lise ve üzeri eğitimi olanlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (43). Çalışmamızda kadınların tıbbi tedavi alt boyut puanları erkeklerden yüksek olmasına rağmen erkeklerle arasında farklılık saptanamamıştır. Ancak diyet alt boyutunda cinsiyet açısından kadınlar yönünde anlamlı fark bulunmuştur. Yaş ve eğitimin etkisi çalışma bulgularımızla uyum gösterirken, Erkoç ve ark. çalışmasında çalışma durumu etkili bulunmamıştır (43). Bu farklılığın Erkoç ve ark. çalışmasında, yaş ortalamasının çok daha genç ( $44.56\pm15.15$ ) ve eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabileceği söylenebilir (Tablo 5).

Hoca ve ark. (2016) 65 yaş ve üzeri 210 kişiyle “Kıbrıs Gazimağusa’da yaşayan yaşlı bireylerin yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi” isimli çalışmalarında kişilerin yaş ortalamasını  $72.96\pm5.67$  olarak bulduklarını belirtmişlerdir. Kişilerin sağlık durumlarına göre bakıldığında ilk sırada HT’un (%70.5) olduğunu belirtmişlerdir. HT’u, yüksek kolesterol, kalp damar hastalıkları, diyabet ve diğer hastalıkların izlediğini

bildirmişlerdir. Yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarını kendilerine göre nasıl değerlendirdiklerine bakıldığında; erkek bireylerin %16.2'si mükemmel, %63.8'i iyi; kadın bireylerin ise %7.6'sı mükemmel, %46.7'si iyi olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bireylerin sağlık durumları ile cinsiyetleri arasındaki farkı istatistiksel açıdan önemli bulduklarını bildirmişlerdir (Tablo 5) (61).

Yapmış olduğumuz çalışmada HT hastalarının HİB-DÖ “komplikasyonlar” alt boyutunda, eğitim durumu etkili bulunmuştur (Tablo 6). Parmar ve ark 2014'de yayınlanan 20 yaş üstü, 500 sağlıklı erişkin ile yapılan “Gandhinar hipertansiyon ile ilgili genel nüfusun bilgi tutum ve pratiğinin incelenmesi” adlı çalışmalarında 305 kişinin HT'nun komplikasyon, tanım ve belirtilerini, tuz, sigara ve egzersiz ile ilişkisini bildiğini ve HT hakkındaki temel bilgi düzeylerinin iyi olduğunu bildirmişlerdir. Eğitim düzeyinin HT bilgisi ile olumlu ilişkisini vurgulamışlardır (52). Çalışmamızda da en yüksek ortalama puanların sırasıyla; yaşam biçimi ve komplikasyonlar alt boyutlarında olduğu görülmüştür, Parmar ve ark.'nın çalışma sonuçları, sonuçlarımızla uyumludur.

Piratsath ve ark. (2017) bir üniversite hastanesinde 303 hipertansif hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %69.9'u HT hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdir. HT hakkında iyi bilgiye sahip olsalar bile hastaların %40.5'i HT hakkındaki durumlarından, %75.8'i normal kan basıncı değerlerinden habersiz olduklarını bildirmişlerdir. Pirasath ve ark. çalışmasında da komplikasyon bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur (62) ve çalışmamızla uyumludur (Tablo 6).

Yapmış olduğumuz araştırmada İBOS genel puan ortalaması  $37.30 \pm 6.34$  (min:13-max:52) olarak bulunmuş ve orta düzeyin biraz üzerinde puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 6). Tanımlayıcı özelliklerden İBOS ölçek puanında sadece eğitim durumu fark yaratmıştır. En yüksek puan ortalamasına lise

mezunlarının en düşük ise okul bitirmeyenlerin sahip olduğu ve diğer eğitim düzeyine sahip olanlarla aralarında fark bulunduğu tespit edilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, ailede HT varlığı, çalışma durumu, anti-HT ilaç kullanma süresi ile İBOS ölçeği sıralama ortalaması arasında fark bulunamamıştır (Tablo 8).

Hacıhasanoğlu ve ark. (42) (2013) 192 kişi ile yaptıkları çalışmada ölçek genel puan ortalamasını  $41.9 \pm 10.5$  (min:13, max:52) ve Özdemir ve ark. (47) 2012 yılında GATA Geriatri polikliniğinde 65 yaş ve üzeri 107 kişi ile yaptıkları çalışmada puan ortalamasını  $45.05 \pm 6.06$  olarak bulduklarını belirtmektedirler. Bu sonuçların çalışma sonuçlarımızla benzer ve destekleyici olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Teke ve ark. (2015) Konya'da bir devlet hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde 235 kişiyle İBOS uzun formu (min:62.00-max:78.00) ile yaptıkları çalışmanın puan ortalamasını  $61.6 \pm 10.9$  olarak bulduklarını ifade etmişlerdir (46). Bu farklılık örneklem grubunun sayısından kaynaklanıyor olabilir. Vatansever ve ark (2010) Trakya' da iç hastalıkları polikliniğinde 94 HT' lu hasta ile yapmış olduğu çalışmada ise İBOS uzun formu kullanılmış olup ölçek puan ortalaması  $71.9 \pm 3.6$  olarak bulduklarını bildirmişlerdir (2). Bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılık örneklem grubunun sayısı, yaş ortalaması ve eğitim durumundan kaynaklanıyor olabilir (Tablo 8).

Erci ve ark. (2015) bir devlet hastanesi iç hastalıkları polikliniğinde 197 kişiyle yapmış oldukları çalışmada İBOS (kadınlarda  $70.2 \pm 9.3$ ; erkeklerde  $63.9 \pm 11.3$ ) ile medeni durum, eğitim düzeyi, tedavi süresi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulduklarını bildirmişlerdir (48). Çalışma sonucumuzda, eğitim durumunun İBOS puanı üzerine olumlu etkisi istatistiksel anlamlı fark yaratırken diğer tanımlayıcı özellikler anlamlı bulunmamıştır. Farkın Erci ve ark.'nın

çalışmasındaki örneklemin yaş ortalamasının ve HT süresinin bizim çalışma grubumuza göre çok daha düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir (Tablo 8).

Vatansever ve ark.'nın çalışmasında ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalara göre ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak hastaların eğitim durumları ile İBOS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığını bulmuşlardır (2). Bu çalışmada ilköğretim ve altında eğitime sahip hasta sayısı (%60.7) ve yaş ortalaması bizim çalışmamıza göre çok daha düşüktür. Çalışma sonuçlarımızla uyuşmamaktadır, farklılığın yaş ve eğitim düzeyinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 8).

Tümer ve ark.'nın (2012) Muğla aile sağlığı merkezinde 287 HT hastasıyla yapmış oldukları çalışmada, İBOS puan ortalamaları  $64.67 \pm 9.59$  olup evlilerin ( $65.35 \pm 8.82$ ) bekârlara ( $61.74 \pm 12.03$ ) göre puanların daha yüksek olduğunu, fakat istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığını bildirmişlerdir (40). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise İBOS puanlarının medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 8).

Karadağ ve ark.'nın (2012) Kars aile sağlığı merkezinde HT'ü olan 127 kişi ile yaptıkları çalışmada; İBOS uzun formunun puan ortalamasını  $61.92 \pm 12.69$  olarak bulmuşlar ve kadınların ( $63.60 \pm 11.87$ ), erkeklere ( $58.16 \pm 13.61$ ) göre İBOS uzun formunun puan ortalamasını daha yüksek bulduklarını belirtmişlerdir (63). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada cinsiyete göre bir farklılık saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada eğitim durumu ile İBOS puanları arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır (47). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada eğitim durumu sıralama

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi yaş ortalamasının daha genç olmasından kaynaklanıyor olabilir (Tablo 8).

Hoca ve ark.'nın (61) çalışmasında eğitim düzeyindeki artışın yaşam kalitesi toplam puanını arttırdığını bulmuşlardır (%45.2 ilkokul, %44.3 orta ve yüksek öğretim). Bizim çalışmamıza göre eğitim düzeyi daha yüksektir.

Lo ve ark. (2016) Hong Kong'da yaş ortalaması  $76\pm 6.6$  (min61-max94) olan 195 HT'lu hasta ile "Hipertansiyonlu yaşlı yetişkinlerde antihipertansif ilaçlara bağlılık" isimli çalışmasında Morisky İlaç Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır. Yaştaki her on yıllık artışın kullanılan antihipertansif ilaçlara uyum sağladığını bulmuşlardır. Eğitim durumu ile anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (49). Bizim çalışmamızdan farklılığı eğitim düzeylerinde okul bitirmeyenlerin oranının çok yüksek (%64.1) ve yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Parmar ve ark. (2014) çalışmasında kişilerin HT ilaçlarını düzenli kullanması (%72) gerektiğini belirtmişlerdir (52).

İlaç Tedavisine Bağlılık Uyum/ Öz-Etkililik ölçeği ile HT Bilgi Düzeyi Ölçeği genel puanları "tanım" alt boyutu arasında düşük düzeyde pozitif, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

Aksel ve ark. (2009) Kıbrıs'ta bir devlet hastanesinde dahiliye servisinde yatarak tedavi gören 100 hastayla "Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi" isimli çalışmasında hastaların öz bakım gücü genel puan ortalamasını  $76.11\pm 1.88$  olarak bulduklarını belirtmişlerdir (min=4, max=107). Sürekli ilaç kullananların %89.9'u ilaç kullanımına düzenli uyduğunu; %10.1'inin ise uymadığını belirtmişlerdir. Düzenli ilaç kullananların, düzenli ilaç kullanmayanlara göre öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir

(50). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada İBOS puan ortalamasının, ortalamanın üzerinde ve bu çalışmayla uyumlu olduğu görülmüştür.

Aksel ve ark. çalışmasında hastaların %34.9'u diyetine uyduğunu belirtirken, %65.1'i ise uymadığını belirtmişlerdir (50). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada, HİB-DÖ diyet alt boyutu, kadın HT hastalarının puanları erkek HT hastalarından daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. İBOS'da sadece eğitim durumunda istatistiksel farklılık bulunmuştur (Tablo 8).

## Bölüm 6

### SONUÇLAR VE ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuçlar

1. Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının  $66.10 \pm 12.96$  ve %85.6'sının 50-90 yaş arasında oldukları tespit edilmiştir. Kadınlar çoğunluğu oluşturmuştur (%59.5). Hastaların % 50.9' u ilkokul mezunudur ve büyük bir çoğunluğunu evliler oluşturmuştur (%72.4). Hastaların %43.6'sını emekli, % 62.0'sinin gelirin giderden az olduğu ve büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencelerinin (%89.6) olduğu görülmektedir. Ailede HT varlığı %73.6, anti-hipertansif ilaç kullanma süresi % 47.9 ile 1-9 yıl arası ve % 86.5'inin sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğu HT dışında başka bir rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir.
2. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği genel puan ortalaması  $18.63 \pm 2.40$  (min: 11, max: 22) ile gayet yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği alt boyutlarından sırasıyla yaşam biçimi, komplikasyonlar, ilaçlara bağlılıktan en yüksek puanlar alınmıştır. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği genel ve alt boyutları puanlarında; yaş, ailede hipertansiyon varlığı, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur.
3. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeği  $37.30 \pm 6.34$  puan ortalaması ile ortanın biraz üstü seviyelerde bulunmuştur. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeği ile tanımlayıcı değişkenler arasında sadece eğitim düzeyinin istatistiksel anlamlı olduğu tespit edilmiştir.



4. Hipertansiyon hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-etkililik ölçeği ile Hipertansiyon Bilgi Düzeyi ölçeği genel puanları arasında istatistiksel açıdan düşük düzeyde pozitif, doğrusal anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

## 6.2 Öneriler

Hipertansiyondan korunmada bilgi sahibi olmanın çok büyük öneme sahip olduğu görülmüştür. Bu nedenle:

- Kişilerin yaşam şeklini etkileyen faktörlerin belirlenerek tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmesi konusunda sağlık personelinde farkındalık ve yetkinlik oluşturulması,
- Eğitim programlarında özellikle HT bilgisi, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma, ilaçlarını düzenli alma konularına yer verilmesi,
- Hipertansiyonda farkındalığı ve uyumu arttırmak için beslenme, sağlıklı yaşam şekli davranışlarını arttırmaya yönelik medya ve politik işbirlikleri ile bilgilendirme ve farkındalık oluşturma programlarının düzenlenmesi,
- Hastaya düzenli ilaç kullanmasının yanında, hipertansiyona uygun yaşam tarzı değişikliklerine uyulmasının önemi konusunda farklı eğitim düzeylerine göre yapılandırılmış eğitim programları yapılması,
- Hemşirelerin, profesyonel sağlık ekibi üyesi olarak, hipertansif hastalarda ilaca ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum ve uyumsuzluklarına sebep olan faktörlerin belirlenmesinde aktif rol almaları önerilir.

## KAYNAKLAR

- [1] Eryılmaz, U, Akgüllü, Ç. (2016), *Aile Hekimliği Uygulamasında Hipertansiyon Tanı Süreci ve Yönetim*, Turkish Family Physician, 3(2), 14-18.
- [2] Vatansever, Ö, Ünsar, S. (2014), Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Özetkililik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 66-74.
- [3] Agarwal, R, Bills, J E, Hecht, T J W, Light, R P. (2010), *Role of Home Blood Pressure Monitoring in Overcoming Therapeutic Inertia and Improving Hypertension Control*, <http://hyper.ahajournals.org>, 57, 29-38. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.160911
- [4] Alhalaiqa, F, Deane, K H O, Nawafleh, A H, Clark A. & Gray, R. (2012), Adherence Therapy for Medication Non-compliant Patients with Hypertension; A Randomised Controlled Trial. *Journal of Human Hypertension*, 26, 117–126.
- [5] Carson, A P, Howard, G, Burke, G L, Shea, S, Levitan, E, Muntner, P. (2011), Ethnic Differences in Hypertension Incidence Among Middle-Aged and Older Adults the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis, *Hypertension*, HYPERTENSIONAHA-110. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA. 110. 168005.

- [6] Arıcı, M, Altun, B, Erdem, Y, Derici, Ü, Nergizoğlu, G, Turhan, Ç, Sindel, Ş, Erbay, B, Karatan, O, Hasanoğlu, E, Çağlar, Ş. ve Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2005), Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması, *Journal of Hypertension* 23(10), 1817-1823.
- [7] Karaosman, B. (2016), *KKTC Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Güzelyurt Sağlık Merkezi'ne Kayıtlı 60 Yaş ve Üzeri Hipertansiyon Hastası Bireylerin Beslenme Durumlarının Saptanarak, DASH Diyetine Uyumlarının Kan Basıncı Üzerine Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, D.A.Ü.
- [8] Kılıç, M, Uzunçakmak, T.(2016), *Hipertansiyon Hakkındaki Eğitimin Hipertansiyon Kontrolüne Etkisi*, Bozok Tıp Derg; 1(1), 13-9.
- [9] tkd.org.tr (2015), *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020*, [www.tkd.org.tr/ TKDDData/Uploads/files/ Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf](http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf) (30Aralık 2018).
- [10] Çobanoğlu, S. (2012), Hipertansiyon Hastalarının Tedavisinde, İzleminde ve Eğitiminde Eczacıların Rolü, *Türkiye Klinikleri Journal of Pharmacy Sciences*, 1(2), 63-72.
- [11] Irmak, Z, Düzöz, G T, Bozyer, İ. (2007), Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,14(2), 39-47.

- [12] Kara, S, Arslan, B, Mergen, H, Öngel, K. (2012), Aile Hekimliği Polikliniklerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 22(3), 163-169.
- [13] Onat, A, Karakoyun S, Akbaş, T, Karadeniz, F Ö, Karadeniz, Y, Çakır, H, Şimşek, B, Can, B. (2015), *TEKHARF 2014 Taraması ve Türkiye’de Coğrafi Bölgelere Göre Ölüm Oranı ile Koroner Hastalık İnsidansı*, *Türk Kardiyol Dern Arş*, 43(4), 326–332.
- [14] Tokem, Y, Taşçı, E, Yılmaz, M. (2013), Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi, *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 30-40.
- [15] Şahin, Z A, Biçer, N. (2015), *Hipertansiyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, M. N. Kardiyoloji, 22-4, 180-185.
- [16] Başgöz, B B, Sağlam, K. (2017), *Hipertansiyon ve Kalp*, *Türkiye Klinikleri*, 10(3), 187-91.
- [17] temd.org.tr (2018), *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*, [http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl\\_gruplar144115.pdf](http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf) (30 Aralık 2018).
- [18] Kara, B, Uzun, Ş, Yokuşoğlu, M, Uzun, M. (2009), *Hipertansiyon Hastalarında İlaç Bilgisinin Kan Basıncını Düşürmek İçin Uygulanan Yöntemlere Etkisi*, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(3), 231-238.

- [19] Türkiye İstatistik Kurumu, (2013), *Haber Bülteni*, Sayı: 13490  
www.tuik.gov.tr (18 Şubat 2018)
- [20] Aygün, O, Yavuz, S, Aygün, K, Yıldırım, E. (2015), Besinlerin Tuz İçeriklerini Bilme ile Bu Besinleri Tüketme Arasındaki Uyumluluk: Hipertansiyon Hastalarında Uyum Daha Mı Fazla? *Türk Aile Hek Derg*, 19(4), 170-178.
- [21] Özpancar, N. (2016), Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 2-11  
DOI:10.5543/khd.2016.96268.
- [22] Çakan, F Ö. (2017), *İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler*, Türk Kardiyol Dern, 45, 5, 5–8 doi: 10.5543/tkda.2017.89856.
- [23] Karaman, E. (2013), *Adıyaman Populasyonunda Il-6 Gen Varyantları ile Hipertansiyon Arasındaki İlişkinin Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Adıyaman Üniversitesi.
- [24] Tam, A A, Çakır, B.(2012), Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1), 37-41.
- [25] Gürkaş, E, Kiraz, M, Temizer, M. (2014), Gaziantep İli İstasyon Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Erişkinlerde Obezite Sıklığı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(2), 5-8.

- [26] Uysal, H B, Yaşar, M B, Sönmez, H M. (2016), Aydın'da Sigara İçiminin ve Hipertansiyonla Birlikteliğinin Son 20 Yıldaki Değişimi. *Türk Aile Hek Derg*, 20 (2), 54-63 doi: 10.15511/tahd.16.21654.
- [27] Ulas, B, Uncu, F, Soylar, P.(2016), *Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve Fiziksel İnaktivite: Elazığ Örneği*, *Medicine Science*, 5(2), 529-38 doi: 10.5455/medscience.2016.05.8422
- [28] Smith, P J, Blumenthal, J B, Babyak, M A, Craighead, L, Welsh-Bohmer, K A, Browndyke, J N, Strauman, T A, Sherwood A. (2010), *Effeects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet, Exercise and Cabriz Restriction on Neurocognition in Overweight Adults with High Blood Pressure*, <http://hyper.ahajournals.org> DOI: 10. 1161/HYPERTENSIONAHA.109.146795
- [29] Kolcu, M, Ergün, A. (2016), *Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü*, *HSP*, 3(3), 234-241, DOI: 10.17681/hsp.23573
- [30] Adedoyin, R A, Mbada, C E, Ismaila, S A, Awotidebe, O T, Oyeyemi, A L, Ativie, R N. (2012), *Kuzeydoğu Nijerya'da Düşük Gelirli Yarı Şehirli Toplumda Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Prevalansı*, *TAF Prev Med Bull*, 11(4), 463-470.
- [31] Bıçak, R, Mazıcıoğlu, M, Üstünbaş, H B. (2013), Birinci Basamakta Kardiyovasküler Hastalıklara Nonfarmakolojik Öneriler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(1), 53-59.

- [32] Ayvaz, M Y, Nuray Enç, N. (2017), Kardiyovasküler Hastalıklarda Genetiğin Rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 95-99, doi: 10.5543/khd.2017.19484
- [33] Arıcı, M, Birdane, A, Güler, K, Yıldız, B O, Altun, B, Ertürk, Ş, Aydoğdu, S, Özbakkaloğlu, M, Ersöz, H Ö, Süleymanlar, G, Tükek, T, Tokgözoğlu, L, Erdem, Y. (2015), *Türk hipertansiyon uzlaşı raporu*, Türk Kardiyol Dern Arş, 43(4), 402–409 doi: 10.5543/tkda.2015.16243
- [34] <http://www.saideaytekin.com/hipertansiyon/> (1 Aralık 2018)
- [35] Tekin, G. (2016), Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 25(2), 163-180, doi:10.17827/aktd.196014
- [36] 2013 *ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu*, Türk Kardiyol Dern Arş 2014, Suppl. 4
- [37] Mert, H, Özçakar, N, Kuruoğlu, E. (2011), Multidisiplinler Bir Özel Çalışma Araştırması:Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 15(1), 7-12.
- [38] Oğuz, S, Yetim, M, Yalçın, Ö, Ünalın, Y E, Çamcı, G. (2016), Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 75-83.

- [39] Kızılcı, S, Mert, H, Küçükgüçlü, Ö, Yardımcı, T. (2015), *Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Öz Etkililik Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi*, DEUHFED, 8 (2),95-100.
- [40] Tümer, A, Baybuğa, M S, Dereli, F, Uysal, D D.(2016), Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursin*,; 7(13), 105-113, DOI: 10.5543/khd.2016.58077.
- [41] Sözmen, K, Ergör, G, Ünal, B. (2015), Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavi Alma ve Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-207.
- [42] Hacıhasanoğlu, R A, Gözüm, S. (2017), *Hipertansif Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımları ve Bunun Antihipertansif İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi*, TJFMPC, 11 (4), 235-244. DOI: 10.21763/tjfmpe.359689
- [43] Erkoç, S B, Işıklı, B, Metintaş, S, Kalyoncu C. (2012), *Hypertension Knowledge- Level Scale (HK-LS)*, Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1018-1029; doi: 10. 3390/ijerph9031018
- [44] Hacıhasanoğlu, R, Gözüm, S, Çapık, C. (2012), Hipertansif Hastalarda İlaça Uyum Öz-etkililik Ölçeği Kısa Formunun Türkçe'sinin Geçerliliği. *Anadolu Kardiyol Derg*, 12, 241-8 doi:10.5152/akd.2012.068
- [45] Kumaraswamy, R C, Kauser, M M, Jagadeesh M K, Kumar R U, Kumar, S RV, Afreen, A, Madhavi K M S.(2015), Study of determinants of nonadherence to



anti-hypertensive medications in essential hypertension at a Teaching Hospital in Southern India, *CHRISMED Journal of Health and Research* 2, 1 DOI:10.4103/2348-3334.149348.

[46] Teke, N, Arslan, S. (2018), *Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, *DEUHFED* 11 (2), 120-128.

[47] Özdemir, Ö, Akyüz, A, Doruk, H. (2016), Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12, 4 DOI: 10.5350/BTDMJB201612404.

[48] Erci, B, Elibol, M, Aktürk, Ü. (2018), Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FNJN: Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.

[49] Lo, S H S, Chau, J P C, Woo, J, Thompson, D R, Choi, K C. (2016), Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension, *Journal of Cardiovascular Nursing* 31, 4, pp 296Y303, DOI: 10.1097/JCN.0000000000000251.

[50] Aksel, Ş.(2010), *Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.

- [51] Kumar, N, Unnikrishnan, B, Thapar, R, Mithra, P, Kulkarni, V, Holla, R, Bhagawan, D, Mehta, İ.(2014), Factors Associated with Adherence to Antihypertensive Treatment Among Patients Attending a Tertiary Care Hospital in Mangalore, South India, *Int J Cur*, 06, (10), 77.
- [52] Parmar, P, Rathod, G B, Rathod, S, Goyal, R, Aggarwal, S, Parikh, A.(2014), *Study of Knowledge, Attitude and Practice of General Population of Gandhinagar towards Hypertension*, *Int.J.Curr.Microbiol.App.Sci* 3(8) 680-685.
- [53] Göçgeldi, E, Babayığit, M A, Hassoy, H, Açikel, C H, Taşçı, İ, Ceylan, S.(2008), Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50:172-179.
- [54] Uyanık, G. (2016), *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi' nde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Erişkin Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Bilgi ve Farkındalık Düzeyi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir.
- [55] Han, H R, Chan, K, Song, H, Nguyen, T, Lee, J E, Kim, M T. (2011), Development and Evaluation of A Hypertension Knowledge Test for Korean Hypertensive Patients. *The Journal of Clinical Hypertension*, 13-10.
- [56] Viera, A J, Cohen, L W, Mitchell, C M, Sloane, PD. (2008), *High Blood Pressure Knowledge Among Primary Care Patients with Known*

*Hypertension: A North Carolina Family*, Medicine Research Network (NC-FM-RN) Study, JABFM, 21-4.

[57] Motlagh, S F Z, Chaman, R, Ghafari, S R, Parisay, Z, Golabi, M R, Eslami, A A, Babouei, A. (2015), *Knowledge, Treatment, Control, and Risk Factors for Hypertension among Adults in Southern Iran*, Hindawi Publishing Corporation International Journal of Hypertension Volume 2015, Article ID 897070, 8. doi.org/10.1155/2015/897070.

[58] Shaikh, M A, Yakta, D, Sadia, Kumar, R. (2012), *Hypertension Knowledge, Attitude and Practice in Adult Hypertensive Patients at Lumhs, Jlumhs*, 11-2.

[59] Almas, A, Godil, S S, Lalani, S, Samani, Z A, Khan, A H. (2012), *Good Knowledge About Hypertension is Linked to Better Control of Hypertension; A Multicentre Cross Sectional Study in Karachi, Pakistan*, Biomedcentral Research Notes, 5, 579.

[60] Arıkan, İ, Metintaş, S, Kalyoncu, C, Yıldız, Z. (2009), *Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği' nin Geçerlik ve Güvenirliği*, Türk Kardiyol Dern Arş, 37(1),35-40.

[61] Hoca, M. (2016), *Kıbrıs Gazimağusa 'da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Tarzı, Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

[62] Pirasath, S, Kumanan, T, GuruparanM. (2017), A Study on Knowledge, Awareness, and Medication Adherence in Patients with Hypertension from a Tertiary Care Centre from Northern Sri Lanka, *Hindawi International Journal of Hypertension*, Article ID 9656450, 6. doi.org/10.1155/2017/9656450

[63] Karadağ, E, Akkuş, Y, Karatay, G. (2012), Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 85-96.

## **EKLER**

## Ek 1. Hasta Tanılama Soru Formu

### HASTA TANILAMA SORU FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışmada “Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi” planlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlar hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı bekler, katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

**Perihan Gönel**

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız? .....

2. Cinsiyetiniz nedir? Kadın ( ) Erkek ( )

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur- yazar değil ( )

d) ortaokul mezunu ( )

b) Okur- yazar ( )

e) Lise mezunu ( )

c) İlkokul mezunu ( )

f) Üniversite ve üzeri ( )

4. Medeni durumunuz nedir?

Evli ( )

Bekar ( )

5. Çalışma durumunuz nedir?

a) Şu anda çalışıyorum

b) Şu anda çalışmıyorum

İşçi ( )

Emekli ( )

Memur ( )

Ev Hanımı ( )

Serbest Meslek ( )

İşsiz ( )

6. Sosyal güvenceniz var mı?

Var ( )

Yok ( )

7. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Gelir giderden az ( )                      Gelir gidere eşit ( )                      Gelir giderden fazla ( )

8. Ailede ilaç kullanımını gerektiren hipertansiyon hastası var mı? Evet ( )    Hayır ( )

9. Kaç yıldır anti-hipertansif ilaç kullanıyorsunuz? .....

10. Sürekli kullandığınız anti-hipertansif ilaçlarınız nelerdir?.....

.....

11. Sigara kullanıyor musunuz? Cevabınız Hayır ise 13. soruya geçiniz.

Evet ( )                      Hayır ( )

12. Miktar:.....adet                      Günde ( )    Haftada ( )    Ara sıra( )

13. Alkol kullanıyor musunuz? Cevabınız Hayır ise 15. soruya geçiniz.

Evet ( )                      Hayır ( )

14. Miktar:.....                      Günde ( )    Haftada ( )    Ayda ( )    Ara sıra( )

15. Egzersiz yapıyor musunuz? Cevabınız Hayır ise 17. soruya geçiniz.

Evet ( )                      Hayır ( )

16. Son 7 gün içinde hangi egzersizi ne kadar yaptınız?

Yürüme ( )    Koşma ( )                      Bisiklet ( )                      Yüzme ( )    Diğer.....

Günde.....dk,                      Haftada.....dk,                      Ara sıra.....dk

17. Sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz Hipertansiyon dışında bir hastalığınız

var mı?

Evet ( )                      Hayır ( )

Evet ise Nelerdir?Hastalık.....

## Ek 2. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği

<b>HİPERTANSİYON BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ</b>			
	<b>D0ĞRU (1 p)</b>	<b>YANLIŞ (0 p)</b>	<b>BİLMİYORUM (0 p)</b>
1. Küçük ya da büyük tansiyon yüksekliği yüksek tansiyondur.			
2. Küçük tansiyon yüksekliği de tansiyon yüksekliğini gösterir.			
3. Yüksek tansiyon yaşlanmanın normal bir parçasıdır, bu yüzden herhangi bir tedavi gerektirmez.			
4. İlaçlar yüksek tansiyon hastalarının tansiyonunu kontrol altında tutuyorsa yaşam biçimlerini değiştirmelerine gerek yoktur.			
5. Yüksek tansiyonu olanlar yaşam biçimlerini değiştirirlerse, ilaç almalarına gerek kalmaz.			
6. Yüksek tansiyon ilaçları kişinin kendisini iyi hissettiği şekilde alınmalıdır.			
7. Yüksek tansiyon ilacı her gün alınmalıdır.			
8. Yüksek tansiyonu olanlar sadece kendilerini hasta hissettiği zaman yüksek tansiyon ilaçlarını almalıdır.			
9. Yüksek tansiyonu olanlar ilaçlarını ömür boyu kullanmalıdır.			
10. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi yemek pişirme yöntemi kızartmadır.			
11. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi yemek pişirme yöntemi haşlama ve ızgaradır.			
12. Yüksek tansiyonu olanlar ilaçlarını düzenli kullandığı sürece istedikleri kadar tuzlu yiyebilirler.			



13. Yüksek tansiyonu olanlar, bol bol sebze ve meyve yemelidir.			
14. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi et çeşidi kırmızı ettir.			
15. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi et çeşidi beyaz ettir.			
16. Yüksek tansiyonu olanlar sigara içmemelidirler.			
17. Yüksek tansiyonu olanlar alkol alabilirler.			
18. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, inme nedeni olabilir.			
19. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, kalp krizi gibi kalp problemlerine yol açabilir.			
20. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, erken yaşta ölümlerin nedeni olabilir.			
21. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, böbrek yetmezliği nedeni olabilir.			
22. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, görme bozukluğu nedeni olabilir.			

### Ek 3. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu

#### İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/ UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

İnsanların doktorları tarafından yazılan ilaçları almasını zorlaştıran bazı durumlar ortaya çıkar. Böyle durumların bir listesi aşağıdadır. Biz sizin bu durumların her biri ile ilgili olarak tansiyon ilaçlarınızı almanız hakkındaki düşüncenizi bilmek isteriz. Lütfen kutuları kontrol ederek görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. Doğru ve yanlış cevap yoktur.

Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı **HER ZAMAN** alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu lütfen işaretleyiniz.

Tansiyon ilacınızı alabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?	Hiç emin değilim (1 p)	Biraz eminim (2 p)	Eminim (3 p)	Emin değilim (4 p)
1. Evde meşgul olduğunuzda				
2. Size hatırlatacak birisi olmadığında				
3. Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde				
4. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde				
5. Ailenizle beraber olduğunuzda				
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda				
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde				
8. Seyahatlerde				
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde				
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde				
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde				
12. Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda				
<b>Aşağıdaki işlemi her zaman yapabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?</b>				
13. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan				

## Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu  
Sağlık Etik Alt Kurulu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### **ARAŞTIRMANIN ADI: Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi**

Bu form ile ‘‘Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi’’ isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Handan Sezgin’in sorumluluğu altında yapılmaktadır.

**Araştırmanın Konusu ve Amacı:** Anti- hipertansif ilaç kullanan hastaların hipertansiyon bilgi düzeylerinin ilaç tedavilerine uyum ve öz etkililik düzeyine etkisinin belirlenmesidir.

**Araştırmanın Yöntemi:** Araştırma 26Aralık 2017- 13 Mart 2018’ de Gazimağusa Devlet Hastanesi’ nde Göğüs Servisi, Dahiliye Servisi, Nöroloji Servisi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hipertansiyonu olan hastalarda uygulanması planlanmıştır. Hipertansiyon hastalarının bilgi, tedaviye uyum ve davranışlarının incelenmesini kapsamaktadır. Hastalara 61 sorudan oluşan yaklaşık 20 dakika süren bir anket uygulanacaktır.

#### **Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:**

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı-Soyadı : Perihan Gönel

Görevi : Yüksek lisans öğrencisi

Telefon : 0533 860 70 64

#### **Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:**

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Perihan Gönel ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul

ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

**Gönüllü/Katılımcı**

**Araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Adı soyadı, unvanı: Perihan Gönel,

Yüksek lisans Öğrencisi

Adres:Korkuteli Msa

Tel: 533 860 70 64

İmza:

Tarih:

## Ek 5. Ölçek Sahiplerinden İzin


### Ek-5 A: Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği İzin Yazısı

The screenshot shows a Gmail inbox on a Windows 7 desktop. The email is from perihan.gonel to s.baliz@mynet.com, dated 19 Haz (2 gün önce). The subject is "ÖLÇEK İZNI". The body of the email reads: "Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği'ni çalışmanızda kullanıyor olmanız beni onurlandırır. Ölçeğin Türkçe versiyonunu e-mail'e ekli olarak gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar diliyorum. Saygılarımla, Üzm. Dr. Sultan BALIZ ERKOÇ." Below the email, there is a "3 Ek" section with a download icon. The desktop taskbar shows the Start button, Internet Explorer, File Explorer, and several application icons. The system tray shows the date and time as 19:23 on 21.06.2017.

### Ek-5 B: İlaç Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği İzin Yazısı

The screenshot shows a Gmail inbox on a Windows 7 desktop. The email is from Rabia hacıhasanoğlu to perihan.gonel, dated 10 May. The subject is "İlt: İLT: ölçek izni". The body of the email reads: "Merhaba Perihan Hanım; Ekte ölçeğin uzun ve kısa formlarının yayını gönderiyorum. Kısa formun ekinde Türkçe formu yer almaktadır. Kolay gelsin Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR". Below the email, there is a "Gönderen: Rabia hacıhasanoğlu" section with the following details: "Gönderildi: 8 Mayıs 2017 Pazartesi 22:17", "Kime: Sebahat GOZUM". The desktop taskbar shows the Start button, Internet Explorer, File Explorer, and several application icons. The system tray shows the date and time as 19:23 on 21.06.2017.

## Ek 6. Etik Kurul İzni

 **Doğu Akdeniz Üniversitesi**  
"Uluslararası Kariyer İçin"  
Eastern Mediterranean University  
"For Your International Career"

Etik Kurulu / Ethics Committee


Sayı: ETK00-2017-0254  
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

06.12.2017

Sayın Perihan Gönel  
Hemşirelik Bölümü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **06.11.2017** tarih ve **2017/50-05** sayılı kararı doğrultusunda, **Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum/Öz-etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi** adlı tez çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.


  
Doç. Dr. Şükrü Tüzmen  
Etik Kurulu Başkanı \*

ŞT/sky

www.emu.edu.tr

## Ek 7. Kurum İzni

9-52 AN FAL 2264247 YATAKLI TEDAVİ DAİRESİ 0001/0001

  
KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı: YTK.D.00-1/2013-19/79 -17/ 6561 / Leşköya : 25.12.2017

**Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliği,**  
Gazimağusa

Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,  
Yüksek Lisans öğrencisi Perihan Günel'in, "Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin  
Tedaviye Uyum/Öz-Etkinlik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez  
çalışmasını ekte sunulan anket formları aracılığı ile hastanenizde tedavi gören hastalar  
üzerinde, 18.12.2017-11.03.2018 tarihleri arasında, hizmetler aksamayacak şekilde  
yapması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

**Dr. Nil Ergün Eledağ**  
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi  
Başhekim

**Dağıtım:** Sn.Perihan Günel.

Açık: Beşirzade Demireli Caddesi No: 147 Leşköya.  
Tel: (+90 352) 228 3173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 352) 228 4247

## Ek 8. Araştırma Zaman izelgesi

Zaman izelgesi 2017-2019	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Kasım	Aralık	Mart	Nisan	Temmuz	Ağustos	Aralık	Ocak
Tez önerisi ve ölçek izinlerinin alınması	*											
Literatür tarama		*	*									
Kurum ve kurul izinlerinin alınması				*	*							
Araştırma anketinin uygulaması						*	*					
Araştırmanın istatistiksel analizi								*	*			
Araştırma sonuçlarının raporlanması										*		
Araştırma raporunun yazılması											*	
Araştırmanın sunulması												*