

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**HİPERTANSİYONLU HASTALARDA**  
**TEDAVİYE UYUM VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN**  
**İNCELENMESİ**

**ZEKERİYA AKIN**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2017**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYONLU HASTALARDA**  
**TEDAVİYE UYUM VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN**  
**İNCELENMESİ**

**Zekeriya AKIN**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın  
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Nermin OLGUN

**GAZİANTEP**  
**2017**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Zekeriya AKIN tarafından hazırlanan “Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı tez, 12.09.2017 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
<b>Tez Danışmanı</b>	: Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
<b>Jüri Başkanı</b>	: Doç. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
<b>Jüri Üyesi</b>	: Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ Sanko Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.

  
**Prof. Dr. Ayla YAVA**  
**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında katkısını, desteğini ve ilgisini esirgemeyen, vaktini ve sabrını bolca tükettiğim danışmanım ve çok değerli hocam, Sayın **Prof. Dr. Nermin OLGUN'a**

Tüm yaşamım boyunca hep yanımda olan ve desteğini her an hissettiğim değerli **aileme** Araştırmamı yürüttüğüm polikliniklerinde görev yapan ve olumlu İşbirliği sağladığım ekip arkadaşlarıma, Araştırmaya katılan ve sabırla soruları cevaplayan tüm hastalara, **İçtenlikle teşekkür ederim.**

**Zekeriya AKIN**



## ÖZET

### HİPERTANSİYONLU HASTALARDA TEDAVİYE UYUM VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, hipertansiyonlu hastalarda tedaviye uyum ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırma Batman Bölge Devlet Hastanesinde 1 Temmuz 2016 ve 31 Eylül 2016 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın örneklemini tedavi ya da kontrol için başvuran ve çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan 285 birey oluşturdu.

Araştırmada veri toplama araçları olarak, Sosyo-demografik Form, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ) kullanıldı. Araştırmanın uygulanması için etik kurul izni ve Batman Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği yazılı izni ve araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı.

Araştırmaya katılan hastaların %84,6'sının 50 yaşından büyük, %56,1'i'nin kadın, %65,9'nun beden kitle indeksinin 25 ve üzeri olduğu görüldü. HAÖ puanlarının yaş ile korelasyonunda kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyut puanlarında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). HBHTUÖ ölçeğinin kontrole gitme değişkenine göre total puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak hipertansiyon hastalarının HBHTUÖ'ne göre yaş, eğitim durumu, ilacı kullanma durumu ve kan basıncı ölçme sıklığı ile anlamlı bir ilişki bulundu. HBHTUÖ ile HAÖ arasında negatif yönde güçlü bir ilişki bulundu. Tedaviye uyumu etkileyen bu faktörler göz önünde bulundurularak, hastaların uyumlarını arttırmaya yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler, Hipertansiyon, Hastalık Algısı ve Tedaviye uyum.

## **ABSTRACT**

### **EXAMINATION OF COMPLIANCE TO TREATMENT AND FACTORS AFFECTING THE TREATMENT IN PATIENTS WITH HYPERTENSION**

The aim of this descriptor and cross-sectional study was to examine the compliance to treatment and factors affecting the treatment in the patients with hypertension. The study was conducted in Batman State Hospital between 1 July and 31 September 2016. Two hundred and eighty-five patients, who were admitted to the hospital for treatment or check-up, were included in the study.

The Socio-demographic Form, Revised-Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), and Hill Bone Hypertension Treatment Compliance Scale (HBHTCS) were used to collect data. The written permission was obtained from ethical committee and the General Secretary of Public Hospital Associations in Batman, and informed consent were obtained from the patients.

Of the patients, 84.6% were aged >50 years and 56.1% were women. The body mass index (BMI) was  $\geq 25$  in 65.9% of them. A positive significant relationship was observed in the correlation of IPS scores with age in terms of sub-dimension scores of personal and treatment controls ( $p < 0,05$ ). According to the controlled variables of HBHTCS, a significant difference was determined between the total scores ( $p < 0,05$ ).

In conclusion, a significant correlation was observed between the age, educational background, drug usage and the frequency of measuring blood pressure in accordance with HBHTCS in the patients with hypertension. There was a strong negative correlation between HBHTCS and IPQ-R. It was recommended to develop the appropriate nursing interventions to improve patient compliance by considering the factors affecting the treatment.

Keywords, Hypertensiyon, disease perception and treatment compliance.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI	ix
TABLolar	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1.Hipertansiyonun Tanımı	2
2.2.Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	2
2.3.Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.3.1.Kan Basıncına Göre Sınıflandırma	5
2.3.2.Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma	6
2.3.2.1.A Düzeyi Risk Grubu	6
2.3.2.2.B Düzeyi Risk Grubu	6
2.3.2.3.C Düzeyi Risk Grubu	6
2.3.3.Etyolojisine Göre Sınıflandırma	6
2.3.3.1.Primer (Esansiyel) Hipertansiyon	7
2.3.3.2.Sekonder Hipertansiyon	7
2.3.4.Beyaz Önlük Hipertansiyon	7
2.3.5.İzole Sistolik Hipertansiyon	8
2.3.6.Malign Hipertansiyon	8

2.4.Hipertansiyonun Risk Faktörleri	8
2.5.Hipertansiyonun Belirtileri	8
2.6.Hipertansiyonun Komplikasyonları	8
2.6.1.Kardiyovasküler Komplikasyonlar	9
2.6.2.Renovasküler Komplikasyonlar	9
2.6.3.Serebrovasküler Komplikasyonlar	9
2.6.4.Göz Komplikasyonları	10
2.7.Hipertansiyonun Tanısı	10
2.7.1.Kan Basıncı Ölçümü	10
2.7.1.1.Evde Kan Basıncı Ölçümü	12
2.7.1.2.Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü	12
2.7.2.Tıbbi Öykü	12
2.7.3.Fizik Muayene	13
2.7.4.Laboratuvar İncelemeleri	13
2.8.Hipertansiyon Tedavisi	13
2.8.1.Antihipertansif Tedavi Hedefleri	14
2.8.2.Non-farmakolojik tedavisi ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri	14
2.8.2.1.Sigarayı Bırakma	14
2.8.2.2.Şişmanlık-Zayıflama	15
2.8.2.3.Tuz Kısıtlaması	15
2.8.2.4.Potasyum Desteklenmesi	16
2.8.2.5.Kalsiyum Desteklemesi	16
2.8.2.6.Diğer Beslenme Değişiklikleri	16
2.8.2.7.Alkol Kullanımı	17
2.8.2.8.Fiziksel Aktivite	17
2.8.2.9.Psikolojik Stres ve Gevşeme Teknikleri	17
2.8.2.10.Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Uygulanması	18



2.8.3.Farmakolojik Tedavi	18
2.8.3.1.JNC 8'e Göre	18
2.9.Hipertansiyonda Hemşirelik Bakımı	18
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEMLER</b>	20
3.1.Araştırmanın Amacı	20
3.2.Araştırmanın Evreni	20
3.3.Araştırmanın Örneklemi	20
3.4.Verilerin Toplanması	20
3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.6.Araştırmanın Etik Yönü	21
3.7.Verilerin Toplama Araçları	21
3.7.1.Sosyo Demografik ve Tıbbi Özellikler	21
3.7.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (IPQ-R Turk)	21
3.7.3.Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)	24
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	24
<b>4.BULGULAR</b>	25
<b>5.TARTIŞMA</b>	46
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	54
<b>7.KAYNAKLAR</b>	58
<b>8.EKLER</b>	63
EK-1.Hasta Bilgilendirme Formu	63
EK-2. Sosyo Demografik Özellikler	64
EK-3. Hastalık Algısı Ölçeği	65
EK-4. Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	68
EK-5. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı	69

EK-6. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Batman İl Genel Sekreterliği Araştırma İzin Formu	72
EK-7 Sosyo demografik Özellikler İzin Formu	74
EK-8.Hill-Bone Hipertansiyon Ölçeği Kullanma İzin Formu	75
EK-9. Hastalık Algısı Ölçeği İzin Formu	76
EK-10.İntihal Raporu	77
EK-11.Özgeçmiş	78



## **TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI**

Yüksek lisans tezi " Hipertansiyon Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

13.09.2017

**ZEKERİYA AKIN**



## TABLolar

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. Erişkinde Hipertansiyonun Kan Basıncı Değerine Göre Sınıflandırılması	5
Tablo 2. JNC 7 Kan Basıncı Ve Tedavi Önerileri Sınıflandırması	6
Tablo 3. HAÖ' nin Hesaplanması	23
Tablo 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler (N=285).	25-26
Tablo 4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımsal Bulgular (N=285)	27
Tablo 4.3. HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ İlişkisine Ait Bulgular	28
Tablo 4.4. Hastaların Yaş Gruplarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	30
Tablo 4.5. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	31
Tablo 4.6. Hastaların HT Haricinde Başka Bir Hastalık Bulunma Durumu İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	32
Tablo 4.6. Hipertansiyon Süresine Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	33
Tablo 4.8. Hipertansiyon Sıklığına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 285)	34
Tablo 4.9. Hastaların İlaç Kullanma Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	35
Tablo 4.10. Hastaların KB Ölçme Sıklıkları İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	36
Tablo 4.11. Hastaların Kullandığı İlacı Tanıma Durumuna Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	37
Tablo 4.12. Hastaların Mesleklerine Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	37
Tablo 4.15. Hastaların Vücut Kitle İndeksi Değişkeni İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Ortalamalarını Karşılaştırılması (N=285)	38

Tablo 4.14	Hastaların Cinsiyetlerine Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	38
Tablo 4.15	Hastaların Daha Etkili Bulduğu Tedavi Değişkeni İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	39
Tablo 4.16	Hataların Nonfarmakolojik Tedavi Uygulama Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	40
Tablo 4.17	Nonfarmakolojik Tedavinin Hipertansiyonu Dengeleme Durumuna Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	41
Tablo 4.18	Hastaların Tedaviye Başladıktan Sonra İlacını Değiştirme Durumu İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	42
Tablo 4.19	Hastaların Zararlı Alışkanlık Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)	44

## SİMGELER VE KISALTMALAR

DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
KB	: Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO: World Health Organization)
ESC	: European Cardiology Society (Avrupa Kardiyoloji Topluluğu)
ESH Topluluğu)	: European Hypertension Community (Avrupa Hipertansiyon Topluluğu)
HT	: Hipertansiyon
JNC 7	: Birleşik Ulusal Komite 7. Raporu
JNC 8	: Birleşik Ulusal Komite 8. Raporu
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonun Önlenmesi için Diyet Yaklaşımları)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
DM	: Diyabetes Mellitus
HBHTUÖ	: Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği

# 1.GİRİŞ

Günümüzde tüm dünyada ve Türkiye de beklenen yaşam süresinin ve sağlıklı yaşam şartlarının artması ile beraber kronik hastalıkların da arttığı görülmektedir. Dünyada 2005 senesinde 35 milyon kişinin kronik hastalıklardan yaşamını kaybettiği ve ölümlerin %60'ının kronik hastalıklar nedeniyle meydana geldiği bildirilmektedir ( 1).

Kronik hastalıklar Türkiye için büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde kronik hastalıklar ve ölüm sebepleri ile ilgili en kapsamlı çalışma Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilen Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik çalışmasıdır. Bu çalışma neticesinde ülkemizde 2000 yılı ele alındığında toplam 430.459 ölümün 305.467'si (%71) kronik rahatsızlıklar sebebiyledir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda, prevalansın yüksekliği dikkate alındığında dünyada birinci ölüm nedeninin hipertansiyon (HT) olduğu saptanmıştır (3).

HT kardiyovasküler olay sıklığını yükselten önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünyadaki 2000 yılı bilgilerine göre yetişkin nüfusun %26,4'ünün HT olduğu ve bu oranın 2025 senesinde %29, 2'ye yükseleceği düşünülmektedir. Buna göre takribi olarak 972 milyon kişi HT hastasıdır ve 25 sene sonra bu sayı 1,5 milyarı geçecektir(4).

Ülkemizde yaklaşık 15-16 milyon HT hastası olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye çapında gerçekleştirilmiş üç büyük araştırmaya göre genel hipertansiyon prevalansı %33.7 (TEKHARF çalışması), %31.8 (Türkiye HT Prevalans Çalışması (Patent çalışması) ve %41.7 (METSAR çalışması) oranında bulunmuştur. Cinsiyet farkı gözetmeksizin bakıldığında, obeziteden sonra en çok karşılaşılan risk faktörü olan HT, diyabetes mellitus (DM) veya koroner arter hastalığını bulundurması, aynı düzeyde kalp damar hastalığı riskini yükseltmektedir (5).

HT en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Bütün dünyada ciddi derecede morbidite ve mortaliteye yol açmasıyla beraber, önüne geçilebilir ve takip edilebilir bir hastalık olmasından dolayı toplum sağlığı tarafından öncelikli olan bir rahatsızlıktır (6). Bu hastalık, yalnız kan basıncındaki yükseklik ile

seyreden basit bir sağlık sorunu değildir. HT; genellikle hiçbir belirti vermeden kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yeti yitimi gibi durumlarla ilgili sağlık açısından önem arz eden hasarlara neden olmaktadır (7).

HT tedavisinde en önemli problem, yüksek tansiyona sahip bireylerin tedaviye uyum sağlamamalarıdır. Antihipertansif tedaviye uyumlu olmamak ciddi bir problemdir. DSÖ, HT teğhisi konmuş bireylerin yarısının teğhisten sonraki bir yıl iğerisinde hastalıkla ilgili hizmet almadığını; tıbbi izlemi devam ettirenlerin ise sadece %50'sinin kendisine yazılan ilaçları kullandığını belirtmektedir (8).

Literatür ve çalışma sonuçlarının gösterdiği gibi HT yönetiminde başarı, düzenli kan basıncı kontrolünün sağlanmasını gerektirmekte olup nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavilere uymak çok önemlidir. Bu bağlamda hipertansiyonlu hastalar öncelikle hastalığı hakkında bilgi sahibi olmalı, sağlık profesyonelleri de hastalarda hipertansiyon farkındalığını oluşturmalıdır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Hipertansiyonun Tanımı

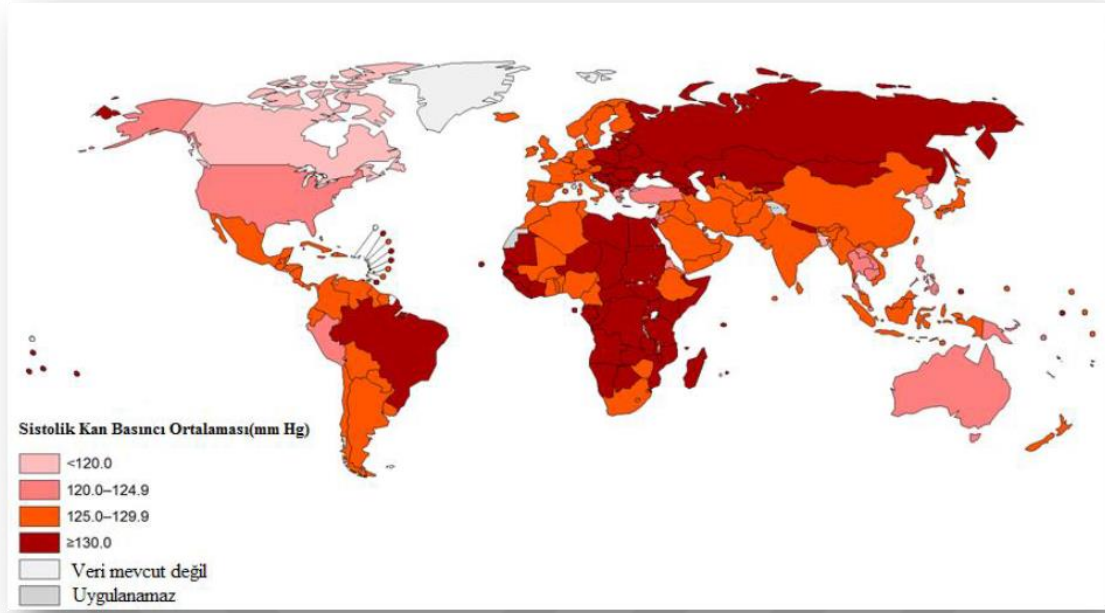
Arteriyel Kan Basıncının (AKB) olağan sayılan sınırın üzerinde olmasına yüksek tansiyon denilmektedir. Normalin dışında olması gereken kan basıncı düzeyi alanında fikir ayrılıkları devam etmektedir (9,10). Günümüzde Sistolik Kan Basıncı (SKB)'nin 140 mmHg, Diyastolik Kan Basıncı (DKB)'nin 90 mm/Hg ve üstünde olması veya bireyin tansiyon düşürücü ilaç alıyor olması hipertansiyon şeklinde açıklanmaktadır. Hipertansiyon; inme, böbrek yetmezliği, koroner kalp hastalığı şeklinde majör komplikasyon artışını beraberinde getiren kan basıncı yüksekliği olarak da tanımlanabilir (11). DSÖ Uluslararası Hipertansiyon Alt Kurulu'na göre ise; HT "antihipertansif ilaç kullanmayanlar için sistolik KB'nin 140 mmHg ya da üstünde, diyastolik KB'nin 90 mmHg üstünde olması durumudur" (12,13).

### 2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

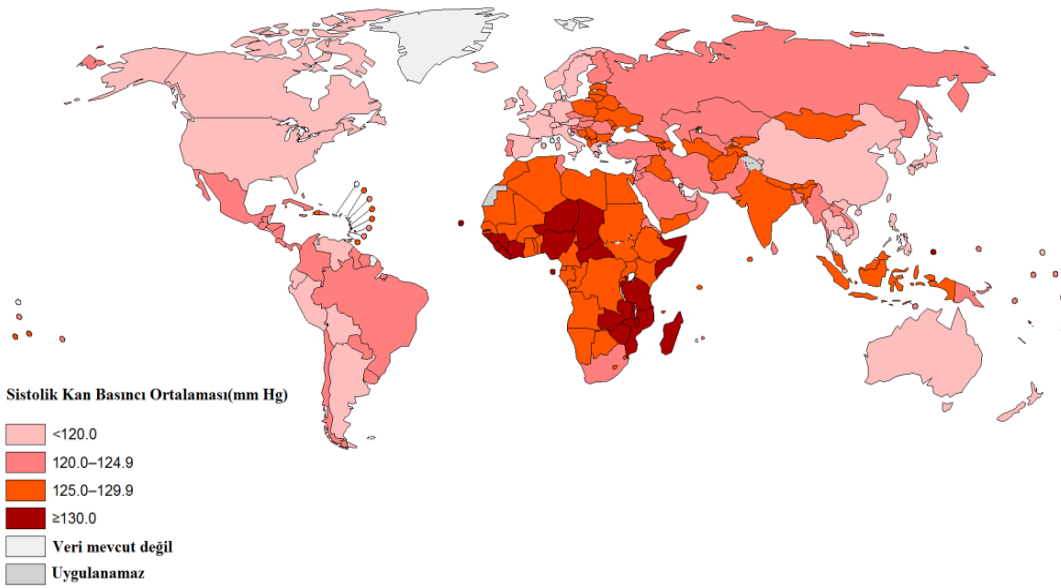
Hipertansiyon gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanılan kardiyovasküler hastalıktır. Dünyada yaklaşık bir milyar insanı etkilemektedir. Yaşlılarda özellikle 60 yaşın üzerindeki bireylerin %60'ından fazlasının hipertansiyon hastası olduğu söylenebilir (11).

Dünyada 2008 senesinde 25 yaş ve üstü insanların yaklaşık %40'ında yüksek tansiyon teşhis edilmiştir. Afrika Bölgesi %46'lık bir oran ile en yüksek sıklığı oluştururken, Amerikalılar %35'lik bir oran ile en düşük sıklığı oluşturmaktadır (14).

Türkiye'deki durum ele alındığında; takribi olarak 15-16 milyon hipertansif kişinin varlığı görülmektedir. Dünya çapında yapılmış olan PATENT 2 çalışmasına göre Türkiye'deki genel hipertansiyon prevalansı %30,3, erkeklerdeki oranın %28,4 ile kadınlardaki orandan (%32,3) daha düşük olduğu tespit edilmiştir (14,15).



Şekil 2.1. DSÖ 2014 yılı erkeklerde yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması (14).



Şekil 2.2. DSÖ 2014 yılı kadınlarda yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı kişilerin % 81.5'i yüksek kan basıncı olduğunun farkında ve % 52.5'i kontrol altındadır (14).

Hipertansiyonun birincil nedenine bağlı ölüm 2009 yılında 61.762 iken aynı yıl 2.4 milyon ölümden 348.102 kadarı yüksek kan basıncı sebebiyle olduğu, aynı zamanda kadınlarda mortalite %55.2 (34.094 kişide) daha fazla olduğu bildirilmiştir (15,16).

### 2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

HT'nin sınıflandırılmasının KB ve hedef organ tutulumu ele alınarak yapılması yararlıdır (11).

#### 2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

HT'nin sistolik ve diyastolik değerlere bağlı olarak gruplandırılmasının tedaviyi düzenleme açısından faydası vardır (Tablo 1). Sistolik kan basıncı için optimal değer 120 mmHg'nin altı, diyastolik için 80 mmHg'nin altında olmasıdır. DSÖ'ye göre normal olarak kabul edilen tansiyon değerleri, sistolik 120-129 mmHg diyastolik 80-84 mmHg arasında olması gerekir. Hafif hipertansiyon, evre 1; orta hipertansiyon, evre 2 ve ağır hipertansiyon, evre 3 olarak sınıflandırılır (11).

**Tablo: 1.** Erişkinde Hipertansiyonun Kan Basıncı Değerine Göre Sınıflandırılması (11)

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg)		Diyastolik Kan Basıncı (mm/Hg)
Optimal	<120		<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90

HT kategorisi, sistolik ya da diyastolik olsun, en yüksek aşamadaki KB düzeyine bağlı olarak tarif edilir. İzole sistolik HT belirlenen gruplandırmalar içinde sistolik KB değerlerine bağlı Evre 1, Evre 2 ya da Evre 3 şeklinde derecelendirilmelidir (17).

JNC-7'nin 2003 senesindeki raporuna göre, yüksek KB tedavisini açıklamada yeni bir yapı oluşturmuştur. HT sınıflandırması yenilenerek "yüksek normal" ya da "normal kan basıncı (120-139/80-89 mmHg)", "prehipertansiyon" şeklinde tekrardan sınıflandırılmıştır (Tablo 2) (12,17)

**Tablo: 2:** JNC 7 Kan Basıncı Ve Tedavi Önerileri Sınıflandırması (12).

Kan Basıncı	Sistolik	Diastolik	Başlangıçtaki İlaç Tedavisi	Yaşam Şekli Düzenlenmesi
Normal	<120	<80	Zorunlu Endikasyonlar Bulunmuyorsa Gereksiz	Danışmanlık
Prehipertansiyon	120-129	80-89		Evet
Evre 1	140-159	90-99	Çoğu Hasta İçin Tiyazid Diüretik	Evet
Evre 2	≥160	≥110	İki İlaç Kombinasyonu	Evet

### 2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonu teşhis ve tedavi etmenin amacı kardiyovasküler hastalığı ve bu hastalıkla ilgili oluşabilecek mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir. Bu nedenle hipertansiyon sınıflandırması oluştururken ortalama KB düzeyleriyle beraber hedef organ tutulumu ve tehdit oluşturan faktörler de ele alınmalıdır. KB ve risk sınıflarıyla yapılan gruplandırma doğrudan tedaviye yaklaşımı ve prognozun belirlenmesi ile ilişkilidir (12).

Kardiyovasküler risk faktörleri varlığı ve hedef organ hasarı varlığına göre A düzeyi, B düzeyi ve C düzeyi risk grubuna ayrılır (11).

#### 2.3.2.1. A Düzeyi risk grubu (düşük riskli hastalar)

Bu gruptaki hastaların tansiyonu ne olursa olsun, klinik olarak saptanmış kardiyovasküler bir hastalığı, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur (11).

#### 2.3.2.2. B Düzeyi risk grubu (orta riskli hastalar)

Klinik olarak kardiyovasküler rahatsızlık ve hedef organ hasarı olmamakla beraber diyabet dışında bir ya da daha çok tehditsel faktör bulunur(12).

#### 2.3.2.3. C düzeyi risk grubu (yüksek riskli hastalar)

Bu gruptaki hastalarda hedef organ hasarı vardır, diyabet ve kalp hastalığı bulunur (11).

### 2.3.3. Etiyolojisine göre sınıflandırma

Hipertansiyon bir çeşit kan basıncı düzenlenmesi bozukluğudur ve birçok nedenden dolayı ortaya çıkar. Hipertansiyonun etiyopatolojisi hakkındaki bilgiler hala tam olarak netleşmemiştir. Bununla beraber kan basıncı yüksekliği temelde

primer ve sekonder hipertansiyon olarak ikiye ayrılır. Hipertansiyon olgularının yaklaşık %95'nin nedeni tam olarak bilinmez. Bu tip hipertansiyona “Primer” veya “idiyopatik” ya da en sık kullanılan terimle, “Esansiyel hipertansiyon” da denilmektedir (11,18). Hastaların 5-10'unda ise HT bir başka hastalığa (Sekonder hipertansiyon) bağlıdır (11). Kan basıncının oluşmasını sağlayan iki ana bileşenden birincisi kalbin pompalama gücü, ikincisi ise periferik arter direncidir. Bu komponentlere birçok faktörün katkısının olduğu bilinmektedir. Bu iki ana komponentin birisinde veya her ikisinde oluşan patolojiler hipertansiyona neden olmaktadır (18).

### **2.3.3.1. Primer (Esansiyel ) hipertansiyon**

Çoğu hipertansiyon olguları için spesifik veya tek bir neden bilinmemektedir ve bu durum esansiyel terimi yerine primer terimi tercih edilerek adlandırılır (19). Primer hipertansiyonun sebebi tam olarak bilinmemekle beraber genetik bir yatkınlık ve buna eklenen endüstrileşme, şehirlerde yaşam, tüketim alışkanlıkları, fazla tuz tüketimi, alkol kullanımında ki artma, stres, sigara kullanımı gibi çevresel şartların etkili olduğu düşünülmektedir. Hipertansiyonu olanların %95'ini primer hipertansiyon oluşturmaktadır (11).

### **2.3.3.2. Sekonder hipertansiyon**

Hipertansiyonun saptanan ve düzeltilebilen bir nedeni vardır. En sık nedeni: renal (%6-8), endokrin (<%1) nedenler, aort koarktasyonu (<%1), akut stresler, iyatrojenik nedenler, nörolojik hastalıklar, intravasküler hacim artışı, gebelik, kalp debisini artıran durumlar ve aortta rijidite artışı (Senil hipertansiyon) olarak sıralanabilir (11,12).

### **2.3.4. Beyaz Önlük Hipertansiyonu**

Toplum merkezli dört araştırma bazında beyaz önlük hipertansiyonunun genel görülme durumu ortalama %13'tür. Hastanın manşet yönetimi ile 10 ve 15 dakika arasındaki kan basıncı değişiklikleri sürekli olarak intra-arteriyel kaydedici tarafından tüm 48 saat boyunca izlenmesi sonucu tansiyonu normal olan bireylerin doktor kontrolüne gelince tansiyonu yüksek çıkıyor ise buna beyaz önlük hipertansiyon denir (11,20). İnsanların çoğunda klinikte ölçülen KB değerleri, klinik dışında ölçülenden yüksektir (9).

### **2.3.5. İzole Sistolik Hipertansiyon**

Sistolik KB'nin 160 mmHg ya da daha fazla olmasına karşın diyastolik KB'nin 90 mmHg'nin altında olmasıdır (11).

### **2.3.6. Malign Hipertansiyon**

Sistolik kan basıncının aniden 200 mmHg, diyastolik kan basıncının 140 mmHg, ortalama arter kan basıncının 150 mmHg'nin üstüne çıkmasıdır (11).

## **2.4. Hipertansiyonun Risk Faktörleri**

Esansiyel hipertansiyonun risk faktörleri kesin şekilde bilinmemekle beraber, genetik bir alt yapının varlığından, çevresel ve sosyo-demografik şartların birbirine olan etkileşiminden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Hipertansiyonun majör risk faktörleri arasında; erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın üstünde olma, sigara kullanma, total kolesterol >240mg/dl veya LDL kolesterol >160mg/dl, diyabet varlığı, serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili aile öyküsü yer almaktadır (11).

## **2.5. Hipertansiyonun Belirtileri**

Hastaların çoğunda HT sinsi şekilde yol alır. Hipertansiyon hastalığı ile ilgili ileri düzeyde hedef organ hasarı oluşuncaya dek hemen hemen hiçbir belirti ve bulguya rastlanılmayabilir veya çok az kendini belli edebilir. Hipertansiyona ilişkin tek bulgu Tablo 1 ve 2'de belirtilen değerlerde arter kan basıncının yüksek rastlanmasıdır. Tansiyonun yükselmesi ile beraber oluşabilecek diğer belirtiler ise; baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, halsizlik, burun kanaması, yürüme, merdiven çıkarken zorluk yaşama, bazen çok fazla idrara çıkma, noktüri ve bacaklarda şişliktir (12).

Hipertansiyonun; damarlarda, kalpte, beyinde, böbreklerde ve gözde hasarlara sebebiyet vermesi hedef organ hasarı şeklinde isimlendirilir. HT araştırması yapılırken arter kan basıncı değerleri ile beraber bu organlarda hasara neden olup olmadığı geniş bir biçimde ele alınmalıdır (11,15).

## **2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları**

Tedavi edilmedikleri takdirde hipertansif hastaların yaklaşık %50'si koroner kalp hastalığı ya da konjestif yetmezlik, yaklaşık %33'ü inme ve %10-15'i

böbrek yetmezliği sebebi ile ölür. Bunların yanı sıra diğer görülen bir organ hasarı ise göz hasarlarıdır (18,20).

### **2.6.1. Kardiyovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyon sol ventrikül miyokardında sertleşme ve hipertrofi ile kendini gösteren gerilim yükselmesi oluşturur. Bu durum, koroner damarlar içinde ateroskleroz gelişimini hızlandırır. Artmış talep ile azalmış desteğin bir araya gelmesi, miyokart iskemisi olasılığını artırır ve dolayısıyla hipertansif hastalarda miyokart enfarktüsü, aritmi ve konjestif yetmezlik insidansının daha yüksek olmasına yol açar. Hipertansiyonu olan bireylerde, arter kan basıncı normal olan bireylere oranla iki kat daha fazla, kalp yetersizliği ve koroner arter hastalığı (KAH) gelişme riski vardır. Hipertansiyon Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) ve ani ölüm dahil semptomatik KAH'nı iki kat, kalp yetmezliğini ise üç kat artırır (10,18).

### **2.6.2. Renovasküler Komplikasyonlar**

Belirlenemeyecek kadar sessiz seyreden renal disfonksiyonun, primer (esansiyel) hipertansiyon olgularının çoğunun gelişiminden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Su ve tuzun renal tutulumunun artması, primer hipertansiyonu başlatan bir mekanizma olabilir. Ayrıntılı incelemede, mikroalbuminüri ile kendini gösteren intraglomerüler hipertansiyonu yansıtan yapısal hasar ve fonksiyonel düzensizlikler çoğu hipertansif kişide gözlenebilir. Hipertansif kişide mikroalbuminüri, sol ventrikül hipertrofisi, karotis arter kalınlığı ile orantılı olarak tespit edilmiştir. Hipertansiyon kaynaklı nefroskleroz ilerledikçe, plazma kreatinin seviyelerinde yükselme başlar ve kaçınılmaz olarak böbrek yetersizliği gelişebilir (10,18,20,21).

### **2.6.3. Serebrovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyon yaşla birlikte ortaya çıkan bilişsel gerilemeyi hızlandırır. Hipertansiyona bağlı olarak beyin kanlanması sağlayan arterlerde hipertrofi ve yeniden biçimlenme meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, vazokonstrüksiyona yol açar, vazodilatasyonu engeller ve beyin otonöregülasyonun bozulmasına yol açar. Hipertansiyon, inme ve geçici iskemik atak için önemli bir risk faktörüdür. Hipertansiyonun kontrol altına alınmasıyla inmeler kontrol altına alınabilir (11).

#### **2.6.4. Göz komplikasyonları**

Hipertansiyona bağlı olarak retina damarlarının çapında daralma, retina kanamaları, fokal spazmlar eksüda oluşumu, lokal enfarktüsler ve optik fundusta ödem oluşur. Bu değişmeler retinopati olarak adlandırılır (11).

#### **2.7. Hipertansiyonun Tanısı**

Hipertansiyonu olan bir kişinin ilk değerlendirmesi: HT tanısını doğrulmalı ve düzeyi tespit edilmelidir (9,12). İkincil olarak, hipertansiyon nedenleri tespit edilmelidir (18). Kardiyovasküler risk, organ hasarı ve beraberindeki klinik özellikler araştırılmalıdır. Bunun için KB ölçümü, ailenin hikayesi de dahil edilerek tıbbi öykü, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve ileri tanı testleri gerekmektedir. Bu araştırmaların bir kısmı tüm hastalarda, bir kısmı ise belirlenmiş hasta sınıflarında gereklidir. (12)

##### **2.7.1. Kan Basıncı Ölçümü**

Hipertansiyonun iyileştirilebilmesi öncelikle teşhisin doğru şekilde tespiti ile mümkündür. KB'ni belirlemek için gereken tesisat ve çevre şartlarının oluşturulması ve doğru bir teknik ile ölçümün gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda kan basıncındaki ciddi değişkenlik nedeniyle ölçümlerin yinelenmesi, başlangıçta belirlenen yüksek değerlerin sürüp sürmediği ya da olağana dönerek sadece periyodik kontrollere mi ihtiyaç duyulduğunu anlamamızı belirleyecektir. Kan basıncını öğrenmede en önemli yöntem arter içine bir kateter yerleştirilerek elektrometrelerle ölçüm yapmaktır (10).

Güvenilir veriler elde etmek açısında tansiyon cihazı manşonunun ebatları hastaya göre olmalı ve manşon içerisindeki şişen kese kısmı kolun etrafını en az %80 kaplamalıdır. Manşonun eni ise kol uzunluğunun üçte ikisi miktarında olmalıdır. Tansiyon cihazının manşonu alt kısmı dirsek çukurunun 2.5-3 cm üstünde olacak durumda kolu kaplamalıdır. Ölçüm anında stetoskop manşonun altı kısmına sıkıştırılmamalıdır. Stetoskop dirsek çukurunda rahat şekilde olmalı ve cilde hafif şekilde baskılanmalıdır. Ölçüm için manşonun kesesi brakial arter üstüne konumlandırılır, oskültatuar arayı önlemek maksadıyla havası radial nabzın kaybolduğu sınırın 20-30 mmHg üzerine kadar şişirilir. Stetoskop brakial arter üstüne konumlandırılır ve kontrol valfi açılarak saniyede 2-4 mmHg hızla indirilir. Oskültasyon metodu ile ölçüm gerçekleştirildiğinde manşonun basıncı



düşürölmeye başladıktan sonra sesin ilk algılandığı zamanda (Korotkoff faz 1) belirlenen ölçüm, büyük tansiyondur. Sesin artık duyulmadığı sırada belirlenen değer ise (Korotkoff faz 5) küçük tansiyon şeklinde kabul görür. Küçük tansiyon çok düşük ise seslerin azalmaya başladığı kısım (Korotkoff faz 4) küçük tansiyon şeklinde not edilir. Manşon uzun zaman şişirilmiş bırakılırsa venöz sistemde dönüş azalacağı için sesler zor işitilir. Venöz konjesyona engel olmak maksadıyla ölçümler arasında en az bir dakika geçiş süresi olmalıdır. Bunun aksine, sesler güç işitiliyorsa hastanın kolu baş seviyesinin üzerine kaldırılır, eli 5-10 defa açıp kapatılarak venlerin boşalması sağlanır ve ölçümler tekrar edilir (21).

Ölçümler arasında iki dakika bırakılmak şartıyla en az iki kere gerçekleştirilmeli ve elde edilen verilerin ortalaması kabul edilmelidir. Yalnız iki değer arasındaki ayırım 5 mmHg'nin üstüneyse başka ölçümler de gerçekleştirilmeli ve bu ölçümlerden elde edilen verilerin ortalaması kabul edilmelidir. Aritmisi olan kişilerde ortalama büyük ve küçük tansiyon sonucunu bulabilmek maksadıyla birkaç ölçüm yapılmalıdır. İlk muayenedeki ölçümler her iki koldan gerçekleştirilmeli, değeri yüksek bulunan koldaki kan basıncı hasta bireyin tansiyonu şeklinde not edilmelidir. İzlemelerdeki kan basıncı ölçümleri tercihen sağ koldan yapılmalıdır (21).

Ölçümün hangi koldan ve hangi pozisyonda yapıldığı, büyük ve küçük kan basınçları not edilmelidir. Ölçümün gün içinde hangi saatte yapılacağıının bilinmesi gerekir. Yemek yendikten veya egzersiz yaptıktan sonra elde edilen ölçümler olağandan az, sigara veya kahve içtikten sonra yapılan ölçümler olağandan fazla elde edilebilir. Dolayısıyla ölçümden önceki 30 dakikalık zaman zarfı süresince hasta bireyin sigara, çay ya da kahve içmemiş ve tercihen yemek yememiş olması gerekmektedir. Fenilefrinli nazal dekonjestanlar ya da benzer adrenerjik uyarıcıların kullanılması da yanlış sonuçların elde edilmesine neden olabilir. Ölçümler hasta sessiz bir ortamda en az beş dakika dinlendikten sonra gerçekleştirilmelidir. Oda ne çok soğuk ne de çok sıcak olmalıdır. Hasta sırtını herhangi bir yere -mesela arkası olan bir sandalyeye- dayayarak oturmalı, tansiyon ölçülecek kol çıplak olmalıdır. Ölçüm anında sessiz olunmalı, iki bacak da sabit tutulmalıdır. Manşon kalp hizasında olacak şekilde kola sarılmalı ve hasta bireyin koluna destek verilmelidir (10). İlk değerlendirmede KB 140/90 mmHg ve üstünde belirlenen kişilerde hastalığın doğrulanması için mutlaka ikinci defa

muayene edilmelidir. Hasta bireye sözlü, gerekiyorsa yazılı bilgi verilmelidir ve bu şekilde hastalığının farkındalığına varması sağlanmalıdır (21).

### **2.7.1.1.Evde KB Ölçümü**

Ev ortamında KB ölçümünde kola uygun manşonlu mekanik ya da elektronik tansiyon ölçüm cihazı kullanılabilir. Ev ölçümleri en az 5 gün, tercihen 7 gün gerçekleştirilmelidir. Ölçümler sabah ve akşam saatlerinde, en az 5 dakika oturur pozisyonda istirahat sonrası ve ölçüm için tavsiye edilen standart önlemler dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir. Beyaz önlük etkisi ya da maskeli HT şüphesi varsa ev ölçümleri özellikle istenmelidir. Ev ortamında KB ölçüm değerleri ortalaması  $\geq 135/85$  mmHg ise HT tanısından şüphe edilmelidir (17).

### **2.7.1.2.Ambulatuvar KB Ölçümü**

Özel bir aletin hasta üstünde 24 saat süreyle taşınarak günlük yaşam ve uyku esnasında KB ölçümlerinin elde edilmesi ile yapılan ambulatuvar KB ölçümü, hipertansiyonun tanısında ve takibinde ideal bir yöntemdir. Mevcut bütün imkanlar hipertansiyonun belirlenmesi amacıyla kullanılmalıdır. Şahsın uyumadığı saatlerde gerçekleştirilen ambulatuvar KB ölçüm değerleri ortalaması  $\geq 135/85$  mmHg ise HT tanısı ele alınmalıdır (21).

### **2.7.2. Tıbbi Öykü**

HT, DM, dislipidemi, kalp yetersizliği, serebrovasküler olay ya da böbrek hastalığı ile ilgili ailenin tıbbi öyküsü alınır (10). Hipertansiyonlu kişilerde daha önceki KB ölçümleri, geçirilmiş ve/veya eşlik eden hastalıklar, ailede kalp-damar hastalığı hikayesi, hipertansiyon tedavisi maksadıyla kullanılmış / kullanılmakta olan ilaçlar ile sekonder hipertansiyon sebeplerine ve organ hasarına yönelik belirtiler sorgulanmalıdır (21). Hasta bireyin diyetindeki yağ, tuz ve alkol alışkanlıkları, sigara alışkanlığı ve sigara tüketicisi ise, tüketme miktarı ve süresi, spor alışkanlıkları ve vücudunda bulunan yağ fazlasını belirlemek için genç yaştaki ve şimdiki ağırlığı arasındaki farka bakılmalıdır. Tansiyonu yükseltilebilecek ilaçlar ve maddelerin kullanılması ile ilgili anamnez (örneğin oral kontraseptifler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, meyan kökü, kokain, amfetamin türevleri, eritropoetin, siklosporinler, steroid hormonlar), yüksek tansiyonun seyir süreci ve sonuçlarını etkileyecek kişiye özel psikososyal ve

çevresel etkenler (örneğin aile yaşamı, iş hayatı, eğitim seviyesi, sosyal ve kültürel yapısı ve ekonomik yaşamı) hakkında bilgi elde edilmelidir (10).

### **2.7.3 Fizik Muayene**

Fizik muayenede hipertansiyon tanısının konulması ya da doğrulanması, eldeki KB'nin incelenmesi, hipertansiyonun ikincil nedenleri için tarama yapılması ve genel KV risk hesaplamasının iyileştirilmesi hedeflenir (17). Hastanın boyu ve kilosuna göre BKİ'nin hesaplanması; kardiyovasküler sistemin muayenesi ile kardiyomegali olup olmadığı, üçüncü ve dördüncü kalp sesi ve diğer kalp yetersizliği belirti ve bulgularının varlığı kontrol edilir. Boyun muayenesinin dikkatlice yapılması, karotis arterlerde ateroskleroz varlığının tespiti açısından önemlidir (11).

Karotis arterlerde tek ya da çift taraflı üfürüm duyulması aterosklerozun bulgusu olabilir. Boyun venlerinde dolgunluk olması sağ kalp yetmezliğinin bulgusudur. Baştan ayağa tüm nabızlar çift taraflı olarak muayene edilip tarafların dolgunluk, eşitlik ve düzen yönünden değerlendirilmesi gerekir. Abdominal aorta ve böbrek arterlerinde üfürüm olup olmadığı kontrol edilir. Böbreklerde büyüme olup olmadığı ya da kitle varlığı sekonder hipertansiyon nedenlerini saptama açısından önemlidir. Ayrıca, hipertansiyona bağlı göz hasarı olup olmadığını değerlendirmek için dikkatli göz muayenesi yapılır (11).

### **2.7.4. Laboratuvar İncelemeleri**

Sekonder hipertansiyon ve hedef organ hasarını incelemek ve kardiyovasküler riski değerlendirmek amacıyla her hasta kişide bazı temel laboratuvar tetkiklerinin yapılması gerekmektedir. Bunlar; Hemoglobin, serum total kolesterolü, serum sodyum ve potasyum, serum ürik asit'tir (21).

## **2.8. Hipertansiyonun Tedavisi**

Hipertansiyonun tedavisinde hedef, morbidite ve mortalitenin olabildiğince azaltılmasıdır. Bu nedenle SKB'nin 140 mmHg, DKB'nın ise 90 mmHg'nin alt düzeyinde tutulması amaçlanmalıdır (22,23) KB'nin azaltılmasına yönelik varsa diğer kardiyovasküler risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır. KB'nin daha fazla azaltılabilmesi özellikle inme oranının azalması, böbreklerin fonksiyonlarının korunması ve kalp yetersizliğindeki ilerlemenin önlenmesinde yarar sağlar. Aynı şekilde sigara, dislipidemi, abdominal obezite, diyabet gibi

kontrol altına alınabilir faktörler belirlenmeli birlikte olan koşullarda KB yüksekliği tedavi edilirken bu risklerde uygun yöntemlerle tedavi edilmelidir (21).

### **2.8.1. Antihipertansif Tedavinin Hedefleri:**

Uzun süreçte kardiyovasküler hastalık riskini en aza indirmek için KB yüksekliği ile birlikte kontrol edilebilir risk faktörlerini tedavi etmek, KB'nı en azından 140/90 mmHg altına çekmek, eğer tolere edilebiliyorsa daha da düşük değerlere indirmek amaçlanır. Diyabetik hastalarda ya da inme, miyokard enfarktüsü, renal disfonksiyon ve proteinüri saptanan yüksek riskli hastalarda hedef KB değerinin en azından <130/80 mmHg olması önerilir. Kombinasyon tedavisi ile bile SKB'nı 140 mmHg'nın altına indirmek güçtür. Hedef <130 mmHg ise durum daha da zorlaşır. Aynı zamanda yaşlı kişilerde, diyabetik hastalarda ve kardiyovasküler hasarı olan hastalarda daha fazla güçlükler vardır. KB hedefine kolay ulaşmak için antihipertansif tedaviye belirgin kardiyovasküler hasar oluşmadan başlanmalıdır (24).

### **2.8.2. Non-farmakolojik tedavisi ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri**

Non-farmakolojik tedavi yöntemiyle yüksek kan basıncında sağlanabilecek azalmanın kardiyovasküler komplikasyonları ve inmeyi azalttığını/önlediğini ortaya koyan direkt, randomize klinik çalışma bulunmamaktadır (10).

Yaşam şeklindeki değişiklikler ve non-farmakolojik tedavi yöntemiyle elde edilen olumlu veriler şöyledir: Hastalarda sistolik ve diyastolik kan basıncında düşme meydana gelir. Hipertansiyonla beraber fazlaca görülen dislipidemi ve glikoz intoleransının düzelmesinde yardımcı olur. Hipertansiyon tedavisi için kullanılan ilaç sayısını ve dozunu düşürebilir. Kullanılan ilacın etkili olma derecesini artırır. Yaşam şeklindeki farklılıklar ve non-farmakolojik tedavi uygulaması her hasta için bireye özel oluşturulmalıdır. Bu uygulamalar, risk faktörleri yüksek olan hastalarda ilaçla tedaviye başlanmasını geciktirmemelidir (10).

#### **2.8.2.1. Sigarayı Bırakma**

Sigara alımı aterosklerotik KVH için önemli bir risk faktörüdür (17,24). İçilen her bir sigara sonrasında 15-30 dk. süren akut kan basıncı yükselmesi meydana gelir. Klinik uygulamalarda ortaya çıkmasa dahi 24 saatlik ambulatuvar

tansiyon ölçümlerinde artmalar görüldüğü ortaya çıkmıştır. Sigara içmek kardiyovasküler riskleri 2–3 kat artıran bir etkidir (10). Sigaranın kullanımının terkedilmesi inme, miyokard enfarktüsü ve periferik vasküler hastalık dahil KVH'ların önlenmesi açısından olasılıkla tek başına en etkin yaşam şekli değişikliğidir. Sigarayı bırakmak farmakolojik tedaviye karşı direncin önlenmesi ve kardiyovasküler riskin azaltılması açısından gerekli görülmektedir. Nikotin bantları tansiyonu arttırmamaktadır ve sigarayı bırakmak amacıyla kullanılabilirler. Nikotin burun spreyinin tansiyon üzerinde etkisi olup olmadığı ise bilinmemektedir (17).

### **2.8.2.2.Şişmanlık-Zayıflama**

Obez kişilerde ağırlıktaki %5-10 düzeyindeki azalma kan basıncında yüksek bir azalma sağlamaktadır. Kilo vermenin KB üzerine etkisi bir tansiyon ilacının etkisine eş değer sayılır. Kilo kaybının KB üzerine olan düşürücü etkisi büyük oranda kan hacmini ve kalbin ön yükünü azaltmak gibi hemodinamik etkileri üzerinden gerçekleşmektedir (24) Bir meta-analizde ortalama 5,1 kg kilo kaybı ile ilişkilendirilen ortalama sistolik ve diyastolik KB düşüşleri sırasıyla 4,4 mmHg ve 3,6 mmHg'dir (10,25). Sağlıklı kilonun (BKİ yaklaşık 25 kg/m<sup>2</sup>) ve bel çevresinin (erkeklerde <102 cm ve kadınlarda <88 cm) korunması, hipertansiyonu olmayan bireylerde hipertansiyonun gelişimini önlemekte, hipertansif bireylerde ise KB'nin azaltılması için önerilmektedir. Hastanın zayıflaması, kullanılan antihipertansif ilaçların miktarını düşürebilir. Kilo kaybetmek ilk zamanlar yoğun bir şekilde sodyumun idrarla atılmasına neden olmakta, sonraki süreçte ise sempatik aktivitede düşme ve insülin duyarlılığında iyileşme ile kan basıncının uzun zamanlı düşme sağlamaktadır (10).

### **2.8.2.3. Tuz Kısıtlaması**

Tuz ve sodyum kavramları birbirine karıştırılmamalıdır. Klorür sodyumun etkisini arttırmaktadır. Sodyum, daha çok sofraya tuzu (NaCl) olarak gıdalarla tüketilmektedir. Sodyum diğer türlü olarak alındığında (Na bikarbonat gibi) tansiyonu yükseltmede etkisi çok değildir (10). Genel popülasyon için günlük 5–6 g tuz tüketimi tavsiye edilir. Sodyum kısıtlamasının etkisi siyahlarda, yaşlılarda ve diyabet, metabolik sendrom ya da KAH'li bireylerde daha yüksek olup, tuz kısıtlaması antihipertansif ilaçların sayısını ve miktarını azaltabilir (21). Sodyum

alımı günlük 10-20 mmol'dan az olursa, plazma katekolaminlerinde, LDL ve trigliseridde, insülin direncinde yükselme meydana gelir (10).

#### **2.8.2.4.Potasyum Desteklemesi**

Diyetle, taze meyve ve sebzelerden günlük yaklaşık olarak elde edilen 90 mmol potasyum hipertansiflerde tansiyonu azaltır. Randomize kontrollü klinik çalışmalarda bu düşme büyük tansiyonda 4.4 mmHg, küçük tansiyonda 2.4 mmHg'dır. Potasyum sitrat veya potasyum bikarbonat kullanılmak potasyum klorüre oranla daha çok tansiyonun düşmesine neden olur. Böbrek yetersizliği olan bireylerde ACE inhibitörü ya da A II reseptör antagonisti kullananlarda potasyum alımında dikkatli davranılmalıdır. Potasyum; vasküler Na/K-ATPase aktivitesinde artma ve bundan dolayı vasküler gevşeme meydana getirmekte, renal vasküler dirençte düşme ve glomerüler filtrasyon hızında artmaya neden olmakta ve bu mekanizmalarla tansiyon düşürücü etkisini göstermektedir (10). Daha büyük popülasyonlar için, yüksek sodyum düşük potasyum içerikli işlenmiş yiyeceklerin azaltılması ve düşük sodyum yüksek potasyum içerikli doğal gıdaların artırılması sayesinde potansiyel faydaların elde edilebileceği belirlenmiştir (9).

#### **2.8.2.5.Kalsiyum Desteklemesi**

Kalsiyum desteğinin kan basıncını düşürdüğünü gösteren çalışmalar bildirilmiştir. Kalsiyum tedavisi bazen kan basıncını yükseltebileceği gibi böbrek taşı riskini de artırabilir. Doymuş yağ ve sodyum alımını azaltılması sırasında süt ve peynir gibi kalsiyum alımının da azalmasına neden olabileceği bildirilmektedir (18).

#### **2.8.2.6.Diğer Beslenme Değişiklikleri**

Hipertansif kişilere sebze, düşük yağ içerici süt ürünleri, diyetle yönelik ve çözünebilir lif, tam tahıllar ve bitkisel kaynaklı protein tüketmeleri ve doymuş yağ ve kolesterol düzeyini azaltmaları tavsiye edilmelidir. Akdeniz tipi diyet özellikle son senelerde ilgi görmüştür. Bazı araştırmalar ve meta-analizlerde Akdeniz tipi diyetin KV koruyucu etkisi bildirilmiştir. HT hastalarına haftada en az iki kez balık ve 300-400 g/gün meyve ve sebze tüketimi tavsiye edilmelidir. Soya sütünün yağsız inek sütüne oranla KB'yi azalttığı gözlenmiştir. Bu beslenme şekline diğer yaşam tarzı değişiklikleri eşlik etmelidir (17). HT hastalarında tek

başına DASH diyetine kıyasla DASH diyeti ile egzersiz ve kilo verme kombinasyonu KB ve santral venöz kateterde daha yüksek düşüşler sağlamıştır (17,26).

#### **2.8.2.7.Alkol Kullanımı**

Alkol tüketimi, KB düzeyleri ve hipertansiyon görülme sıklığı arasındaki ilişki doğrusaldır. Düzenli alkol alınması, tedavi gören hipertansif hastalarda KB'yi artırır (17). Bu bireylerde alkol antihipertansif ilaçların etkili olmasını düşürür ve inme tehdidini artırır. Hafta sonu fazla alkol tüketenlerde (5 veya daha fazla duble), akut alkol kesilmesinden dolayı haftanın ilk gününde tansiyon yüksekliği görülebilir (10). PATHS çalışmasında alkol alımının düşürülmesi KB üstündeki etkileri araştırılmıştır. Girişim sınıfında kontrol sınıfına kıyasla 6 aylık periyotta KB'deki düşüş 1,2/0,7 mmHg daha yüksektir. Toplam alkol tüketimi bir haftada erkeklerde 140 g, kadınlarda 80 g miktarını geçmemelidir (17).

#### **2.8.2.8.Fiziksel Aktivite**

Epidemiyolojik araştırmalarda aerobik fiziksel aktivitenin hipertansiyonun önüne geçilmesinde, tedavisinde ve KV risk ve mortalitenin azaltılmasında yararlı olabildiği bildirilmiştir. Yoğunluğu az, ancak sürekli düzenli fiziksel aktivitenin bile kohort çalışmalarında mortalitede yaklaşık %20 azalma ile ilişkilendirildiği ve bu düzelmenin fiziksel yapı ölçümleri için de geçerli olduğu gösterilmiştir (24). Hipertansif hastalara, haftada 5-7 gün en az 30 dakikalık orta düzeyde aerobik egzersiz (yürüme, hafif koşu, bisiklete binme veya yüzme) yapması önerilmelidir (24,27).

#### **2.8.2.9.Psikolojik stres ve gevşeme teknikleri**

Emosyonel stres KB'de akut yükselmeye neden olabilir. Biyolojik-geri besleme (biological feed-back), yoga, transandantal meditasyon, psikoterapi gibi kognitif-davranışsal yaklaşımlar KB'de kısa süreli azalmaya neden olabilirler. Fakat bu yöntemlerin uzun zamanlı fayda sağlayıp sağlamadıkları bilinmemektedir. Sedatif ve trankilizanların kan basıncını düşürdüğüne dair elde edilen veriler bulunmamaktadır (10).

### **2.8.2.10.Yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması**

Hipertansiyonlu tüm hastalarda KB ve KV risk faktörlerini azaltmak için önerilen yaşam tarzı değişiklikleri; tuz tüketiminin günde 5-6 g'a kadar kısıtlanması, alkol tüketiminin terk edilmesi, sebze, meyve, düşük yağlı süt ürünlerinin tüketiminin artırılması, BKİ'nin 25 kg/m<sup>2</sup>'ye düşürülmesi, düzenli egzersiz yapılması ve sigaranın bırakılmasıdır (17).

### **2.8.3.Farmakolojik Tedaviler**

#### **2.8.3.1. JNC 8'e göre**

İçinde diyabetlilerin de bulunduğu siyahi olmayan popülasyonda başlangıç antihipertansif ilaç seçimleri; tiazid diüretikler, Ca kanal blokerleri, ACE inhibitörleri ve AR blokerleridir.

Başlangıç ilaç tercihi için beta-blokerler ve alfa-blokerler tavsiye edilmemektedir. Karvediol, nebivolol, klonidin, hidralazin, spinilakton, rezerpin ve furosemid başlangıç tedavisi için tavsiye edilmeyen ilaçlardır.

18 yaş üstü ve böbrek hastalığına sahip kişilerde, başlangıç ya da sonradan eklenen antihipertansif ilaç seçimi ACE inhibitörü ya da ARB'yi içermelidir. Bu durum ırk ve diyabet varlığından bağımsızdır (28).

### **2.9. Hipertansiyonda Hemşirelik Bakımı**

HT hastalığı tanı konulduktan sonra ömür boyu devam eden, farmakolojik ve nonfarmakolojik ile tedavi edilen tedavisi ömür boyu bir süren hastalıktır.

HT hastası kişilerin bakımından hemşirelerin görev ve sorumlulukları hastalığın bütün yönlerini ele alır. Bu sorumluluklar hastalığın teşhisi ile başlar, tedavi süreci; hastayla beraber işbirlikçi bir tedavi planı geliştirme ve izlemi sürdürme ile devam eder. Gerçekleştirilen birçok araştırmada hastalık sürecinde hemşirenin etkili olduğunu ortaya koyan bulgulara rastlanmıştır. Hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetiminde hemşirenin mesleki profesyonelliği yer almalıdır (12).

Hemşireler hipertansiyonu erken dönemde ortaya çıkarmak için yetişkinlerin kan basıncını uygun zamanlarda değerlendirmelidir. Kan basıncını doğru ölçmek önemlidir. Hastanın kan basıncını değerlendirirken doğru teknik, uygun manşon boyutu ve kalibre edilmiş bir cihaz kullanılır. Hipertansiyonun tanı



süreci ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır. Hedef kan basıncı, bu hedefe ulaşma ve sürdürmenin önemi konusunda hastayı eğitmelidir (12).

Hemşire hastanın hastalık, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi şekli hakkında bilgisi olup olmadığını değerlendirmeli, farmakolojik tedavisi ve hipertansiyon hakkında sorular sorması için cesaretlendirmelidir. HT hastalığı açısından önemli bilgileri hasta ve hasta yakınlarına açıklamalı, hastanın kendi başına KB'nı ölçmesini öğretip, ev ortamında izlem için uygun olan tansiyon aletini tavsiye etmelidir. Hemşire HT'yi açıklayıp, SKB ve DKB arasındaki farkları, hipertansiyonun nedenlerini, risk faktörlerini açıklamalı ve ailenin hikayesi, kilolu olma, doymuş yağ ve kolesterol miktarı yüksek diyet, sigara kullanma ve alkol tüketme ve stres ile HT ilişkisini açıklamalıdır. Hastalığın organlar üzerine etkileri hakkında bilgi verilmeli (böbrekler üstüne etkisi, görsel zayıflama, kalp hastalığı, felçler vb.), ilaçları kullanmanın önemi ve varsa yan etkileri hakkında bilgi vermelidir. Hasta ile iletişime geçip yaşam şekli hakkında bilgi edindikten sonra bu yaşam şeklini hastalığını göz önünde bulundurarak belli değişiklikler yapmasını tavsiye etmelidir (sigara kullanımı, kafein tüketimi, egzersiz, kilo kaybı vb.). Hemşire tedavi süresi boyunca hastanın kullandığı ilaçlarda sonra üç saat boyunca alkol tüketmemesi bilgisini vermelidir. Aynı zamanda tedavi takip sürecini aksatmaması gerektiğini de söylemelidir. Hastanın kullandığı ilaçlar tükenmeden kısa süre önce doktoruna görünerek tekrar ilaç yazdırması bilgisini verilmesi gereklidir (11,12).

Hemşirenin en önemli görevlerinden biri de uygun kanıtlara dayanarak, yan etkisiz ve az maliyetle KB'nı düşürme ve kontrol altına almaktır (12).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmanın amacı, hipertansiyonlu hastalarda tedaviye uyum ve etkileyen faktörleri incelemektir.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Batman Bölge Devlet Hastanesine 1 Temmuz 2016 ve 1 Kasım 2016 tarihleri arasında başvuran hipertansiyonlu hastalar araştırmanın evrenini oluşturdu.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Belirlenen tarihler arasında Batman Bölge Devlet Hastanesine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 285 hipertansiyonlu hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırma verilerinin toplanmasında;

1) Sosyo Demografik ve Tıbbi Özellikler Veri Toplama Formu (EK-1)

2) Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK-2)

3) Hill – Bone Hipertansiyonda Tedaviye Uyum Ölçeği (HBHTUÖ) (EK-3)

olmak üzere üç ayrı form kullanıldı. Anketler hastalara araştırma hakkında bilgi verilip yazılı onam alındıktan sonra uygulandı. Her hasta için ortalama mülakat süresi 20 dk. da tamamlandı.

Araştırmaya katılan hastaların KB ölçümleri dinlenmiş, oturur şekilde, sağ kolu desteklenerek sfigmomanometrik olarak kalibresi yapılmış aneroid tansiyon cihazı ile ölçüldü.

#### **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın evreni Batman Bölge Devlet Hastanesi ile sınırlı olup, tansiyon ölçümleri tüm bireylere tekrar ulaşmak mümkün olmadığından bir sefer ile sınırlandırılmıştır.

### 3.6.Araştırmanın Etik Yönü

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulundan yazılı izin alındı (EK-4).

Batman Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Batman Bölge Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alındı (EK-5).

Araştırmaya alınma kriterlerine uygun hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, yazılı onamları alındı (EK-4).

Araştırmada kullanılan ölçek sahiplerinden mail yoluyla yazılı izin alındı (EK-6, EK-7, EK-8).

### 3.7. Veri Toplama Araçları

#### 3.7.1. Sosyo Demografik ve Tıbbi Özellikler

Literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan bu form; hastayla ilgili sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, eğitim durumu vb), hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikler (hipertansiyon süresi, kan basıncı ölçtürme sıklığı, kontrole gitme sıklığı, eşlik eden diğer hastalıklar, düzenli ilaç kullanımı, uyguladığı alternatif yöntemler vb) içeren toplam 19 sorudan oluşmaktadır (29).

#### 3.7.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (IPQ-R Turk)

Weinmann tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve Moss-Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yenilenmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirliğini Kocaman ve arkadaşları 2007 yılında yapmıştır. HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır: Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri. (29).

**Hastalık tipi boyutu:** Sık rastlanan 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada zorluk, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı nefes alıp verme, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku çekme güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu etkilerin her biri için şahsa önce, hastalığın başlamasından bu yana yaşayıp yaşamadığı, daha sonra bu belirtileri hastalıkla alakalı olduğunu düşünüp düşünmediği sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır şekilde cevap verilecek biçimde oluşturulmuştur. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu verir (29).

**Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu:** Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği kapsamaktadır. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olacak şekilde isimlendirilmiştir (29).

**Süre alt ölçekleri,** bireyin rahatsızlığının süresiyle ilgili algılarını inceler ve akut, kronik, döngüsel olarak sınıflandırır.

**Sonuçlar alt ölçeği,** bireyin rahatsızlığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönüne olası etkileriyle alakalı düşüncelerini araştırır.

**Kişisel kontrol,** bireyin rahatsızlığının süresi, seyri ve tedavisi üstündeki iç kontrol algısını araştırır.

**Tedavi kontrolü,** şahsın, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki düşüncelerini sorgular.

**Hastalığın tutarlılığı,** kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır(29).

**Hastalık nedenleri boyutu:** Hastalıkların oluşmasındaki olası nedenleri ele alan 18 maddeden meydana gelmektedir. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, bireyin rahatsızlığının olası sebepleri hakkındaki fikirlerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örn. stres ya da endişe, ailesel sıkıntılar, kişilik özellikleri), tehditsel etkenler (örn. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (örn. mikrop veya virüs, vücut direncinin yeterli olmaması), kaza ya da şanssızlık (örn. kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda nitel değerlendirme için bireyin rahatsızlığının en önemli sebepleri olarak gördüğü üç etkeni kaydetmesi istenmektedir .

Ölçeklerin alt boyutlarının hangi sorular ile ilgili olduğu ve minimum maksimum puanları gösterilmiştir(29).

**Tablo 3.HAÖ'nin Hesaplanması**

Ölçekler	Soru Numaraları	Yöntem	Ölçek Puan Aralığı		
			Minimum	Maksimum	
Öz Bakım Gücü	Ölçekteki tüm sorular	Soruların derecelerinin toplamı. (0=en az 4= en yüksek)	0	140	
Hastalık Belirtileri Ö.	Ölçekteki tüm sorular	“Evet” diyenlerin toplamı	0	14	
HASTALIK HAKKINDA GÖRÜŞLER	Sure (Akut)	HG1-HG2-HG3-HG4-HG5	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	25
	Sonuçlar	HG6-HG7-HG8-HG9-HG10-HG11	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	30
	Kişisel Kontrol	HG12-HG13-HG14-HG15-HG16-HG17-HG18	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	35
	Tedavi Kontrolü	HG19-HG20-HG21-HG22-HG23	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	20
	Hastalığın Tutarlılığı	HG24-HG25-HG26-HG27-HG28	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	25
	Sure (Döngü)	HG29-HG30-HG31-HG32	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	20
	Duygusal Temsiller	HG33-HG34-HG35-HG36-HG37-HG38	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	30
HASTALIĞIN NEDENLERİ	Psikolojik Atıflar	HN1-HN8-HN9-HN10-HN12-HN17-HN18	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	35
	Risk Faktörleri	HN4-HN6-HN7-HN11-HN14-HN14-HN16	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	35
	Bağıışıklık	HN2-HN3-HN13	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	15
	Kaza Veya Şans	HN5	Soruların derecelerinin toplamı. (1=en az 5= en yüksek)	1	5

Öz bakım ölçeği sorularında Ö3,Ö6,Ö9,Ö13,Ö19,Ö22,Ö26 ve Ö31; Hastalık görüşleri alt boyutunda HG1,HG4,HG8,HG15,HG19,HG17,HG23,HG28 ve HG36 soruları ters yönlü sorulardır. Kişi minimum değerini seçtiğinde maksimum puanı alır.

### 3.7.3. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)

Kim, Hill ve Levine tarafından geliştirilmiştir (30). Türkçe geçerlilik güvenilirliği Karademir ve arkadaşları 2009 senesinde yapılmıştır (31). Ölçeğin total puanı dışında görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları mevcuttur. Ölçek 4'lü Likert tipi 14 sorudan meydana gelmektedir. Yanıtlar (0) "Hiçbir zaman", (1) "Bazen", (2) "Çoğu zaman" ve (3) "Her zaman" olarak ele alınmıştır. Ölçeğin 6. sorusu dışındaki maddelerinin hepsi olumsuz soru şeklindedir. 6. soru ters kodlanarak, değerlendirmede total puan için bütün soruların, medikal alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların, beslenme alt boyutu için 3, 4 ve 5. soruların, görüşme alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. soruların toplamı alınır. Ölçek total puanı madde sayısı ile ilişkili şekilde 0 ile 42 arasında farklılık gösterir. Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının yorumlanması ile ilgili olarak puanlara bakılır; eğer kişi bütün sorulara en olumlu cevapları vererek toplamda "0" puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırın dışındaki puanlar ise uyumsuzluğun derecesini gösterir. Sorular olumsuz soru türünde olduğu için puan arttıkça uyum azalır (29,31).

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada ulaşılan bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma sonuçları analiz edilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niceliksel sonuçların karşılaştırılmasında iki sınıf durumunda, parametrelerin sınıflar arası kıyaslamalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Nicel verilerin kıyaslanmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası kıyaslanmasında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Sonuçlar % 95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, “Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” onusunda yapılan çalışma sonuçlarından elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu.

**Tablo 4.1. Sosyo-demografik Özellikler (N=285)**

	n	%	
Yaş Grubu	49 ve altı	41	14,4
	50-59	66	23,2
	60-69	100	35,1
	70-79	46	16,1
	80 ve üstü	32	11,2
Cinsiyet (n=285)	Kadın	160	56,1
	Erkek	125	43,9
Beden Kitle İndeksi (n=285)	18, 5 Altı Zayıf	1	0,4
	18, 5-25, 5 Normal	96	33,7
	25, 5-29, 9 Fazla Kilolu	94	33,0
	30-34, 9 1. Derecede Obez	69	24,2
	35-39, 9 2.derecede Obez	23	8,1
	40 Ve üzeri 3. Derecede Obez	2	0,7
Medeni Durumu (n=285)	Evli	276	96,8
	Bekâr	9	3,2
Eğitim Durumu (n=285)	Okur Yazar Değil	114	40,0
	Okur Yazar	48	16,8
	İlköğretim	59	20,7
	Orta Öğretim	53	18,6
	Yüksek Öğretim	11	3,9
Zararlı Alışkanlıklar (n=285)	Sigara	119	41,8
	Alkol	1	0,4
	Diğerleri	5	1,8
	Yok	160	56,1
Meslek (n=285)	Memur	27	9,5
	Serbest Meslek	39	13,7
	Emekli	61	21,4
	Ev Hanımı	149	52,3
	Diğerleri	9	3,2
Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalık (n=285)	DM	62	21,8
	Kronik Kalp Hastalığı	79	27,7
	Hipotiroidi	4	1,4
	Hiperlipidemi	40	14,0
	Kronik Obstrüktif Kalp Hastalığı(KOAH)	28	9,8
	Kanser (Ca)	2	0,7
	Diğerleri	21	7,4
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	17,2

**Tablo 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler-devam (N=285)**

		n	%
Hipertansiyon Hastalığı Süresi	0-5 Yıl Arası	87	30,5
	6-11 Yıl Arası	107	37,5
	51-17 Yıl Arası	52	18,2
	17 Yıl üstü	39	13,7
Kan Basıncı Ölçme Sıklığı	Her gün Düzenli	38	13,3
	Haftada Bir	67	23,5
	Ayda Bir	512	42,8
	Doktora Gidince	58	20,4
Hipertansiyon İçin Kontrol Sıklığı	Ayda Bir	49	17,2
	Üç Ayda Bir	72	25,3
	Alta Ayda Bir	58	20,4
	Yılda Bir	29	10,2
	Kontrole Hiç Gitmem	77	27,0
Kullandığı İlacı Tanıma Şekli	İsminden	84	29,5
	Kutusundan	177	62,1
	Şeklinden	24	8,4
Tedaviye Başladıktan Sonra İlaçlarda Değişiklik	Evet	193	67,7
	Hayır	92	32,3
Evet İse Değişikliğin Nedeni (n=193)	Yan Etki Yapılması	9	4,7
	Tansiyonu Düşürmemesi	79	40,9
	Pahalı olması	4	2,1
	Doktorun Değiştirmesi	101	52,3
İlacı Kullanma Durumu	Her gün Düzenli İlaç Alma	176	61,8
	Haftada Birkaç Kez İlaç Alma	71	24,9
	Bazen İlaç Alma	30	10,5
	Hiç İlaç Almama	8	2,8
Nonfarmakolojik Tedavi Uygulama	Evet	59	20,7
	Hayır	226	79,3
Nonfarmakolojik Tedavinin Hipertansiyonu Dengeleme Durumu (n=59)	Evet	38	64,4
	Hayır	21	35,6
Nonfarmakolojik Tedaviyi Öneren Kişi (n=59)	Arkadaşım	29	49,2
	Doktor	2	3,4
	Komşum	27	45,8
	Aktar	1	1,7
Daha Etkili Olan Tedavi Yöntemi (n=59)	Farmakolojik Tedavi Etkilidir	51	86,4
	Non Farmakolojik Tedavi Etkilidir	8	13,6

Tablo 4.1 de görüldüğü gibi hastaların %35,1'inin 60-69 yaş arası grupta, %56,1'inin kadın, çoğunlukla normal ve fazla kilolu gruplarında yoğunlaştığı (%67,4), %96,8'inin evli, %40,0'inin okuma yazması olmadığı, %41,8'inin sigara kullandığı, %52,3'ünün ev hanımı olduğu belirlendi.

Hastaların hipertansiyon haricinde en fazla KKH (%27,7) ve DM (%21,8) hastalığı vardı. Hipertansiyonun çoğu hastada (%37,5) 6-11 yıldır var olduğu,



ölçme sıklığının çoğunlukla (%42,8) ayda bir olduğu, %62,1'i ilacını kutusundan tanıdığı, %67,7'sinin ilacının değiştirildiğini, bu değişikliğin sıklıkla doktorunun yaptığını (%52,3), %61,8'i ilacını her gün düzenli kullandığını ve nonfarmakolojik bir tedavi kullanmadığını (%79,3) nonfarmakolojik tedavi kullananların tamamına yakını (%95) bunu arkadaş ve komşu önerisi ile kullandığı belirlenmiş olup çoğu (%86,4) farmakolojik tedavinin daha etkili olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımsal Bulgular (N=285)**

	Ort	Ss	Min.	Max.
<b>HBHTUÖ Toplam Puanı</b>	10,99	4,90	2	33
Medikal	5,07	3,24	0	21
Beslenme	2,35	1,52	0	7
Görüşme	3,58	1,43	0	9
<b>HAÖ Toplam Puanı</b>	513,87	14,26	81	160
Süre (akut)	17,44	4,45	5	25
Sonuçlar	18,52	4,61	6	30
Kişisel Kontrol	22,64	3,91	51	35
Tedavi Kontrolü	17,94	4,00	7	25
Hastalığın Tutarlılığı	14,47	3,99	5	25
Süre (döngü)	13,62	2,59	7	20
Duygusal Temsiller	19,25	5,48	6	30
<b>HNÖ Toplam Puanı</b>	54,54	9,15	25	90
Psikolojik Atıflar	21,89	4,96	7	35
Risk Faktörleri	17,20	3,92	6	30
Bağışıklık	9,74	2,42	3	15
Kaza Veya Şans	3,23	1,29	1	5

Tablo 4.2'de ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin bulgular görülmektedir. Buna göre, HBHTUÖ toplam puanı ortalaması  $10,99 \pm 4,90$ , Medikal alt boyut puan ortalaması  $5,07 \pm 3,24$ , Beslenme alt boyut puan ortalaması  $2,35 \pm 1,52$ , Görüşme alt boyut puan ortalaması  $3,58 \pm 1,43$  olarak bulundu.

HAÖ toplam puan ortalaması  $513,87 \pm 14,26$ . Süre (akut) alt boyut puan ortalaması  $17,44 \pm 4,45$ , Sonuçlar alt boyut puan ortalaması  $18,52 \pm 4,61$ , Kişisel kontrol alt boyut puan ortalaması  $22,64 \pm 3,91$ , Tedavi kontrolü alt boyut puan ortalaması  $17,95 \pm 4,00$ , Hastalığın tutarlılığı alt boyut puan ortalaması  $14,47 \pm 3,99$ , Süre (döngü) alt boyut puan ortalaması  $13,62 \pm 2,59$ , Duygusal temsiller alt boyut puan ortalaması  $19,25 \pm 5,48$  olarak bulundu.

HNÖ toplam puan ortalaması 54,54±9,15, Psikolojik atıflar alt boyut puan ortalaması 21,89±4,96, Risk faktörleri alt boyut puan ortalaması 17,20±3,92, Bağışıklık alt boyut puan ortalaması 9,74±2,42, Kaza veya şans alt boyut puan ortalaması 3,23±1,29 olarak bulundu.

**Tablo 4.3. HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ İlişisine Ait Bulgular**

		HBTUÖ toplam puanı	Medikal	Beslenme	Görüşme
<b>HAÖ toplam puanı</b>	R	-0,18	-0,20	-0,11	-0,01
	P	0,00	0,00	0,08	0,89
Süre (Akut)	R	-0,16	-0,14	-0,14	-0,05
	P	0,01	0,02	0,02	0,36
Sonuçlar	R	-0,07	-0,09	-0,00	-0,01
	P	0,26	0,14	0,94	0,92
Kişisel Kontrol	R	-0,08	-0,06	-0,05	-0,07
	P	0,18	0,30	0,40	0,27
Tedavi Kontrolü	R	-0,30	-0,29	-0,16	-0,19
	P	0,00	0,00	0,01	0,00
Hastalığın Tutarlılığı	R	0,04	0,02	0,10	-0,00
	P	0,56	0,71	0,09	0,99
Süre (Döngü)	R	-0,05	-0,12	0,04	0,06
	P	0,37	0,05	0,53	0,32
Duygusal Temsiller	R	-0,07	-0,13	-0,09	0,52
	P	0,25	0,03	0,12	0,04
<b>HNÖ toplam Puanı</b>	R	0,07	0,07	0,08	-0,02
	P	0,26	0,24	0,19	0,77
Psikolojik Atıflar	R	0,03	-0,00	0,04	0,04
	P	0,65	0,97	0,57	0,50
Risk Faktörleri	R	0,52	0,17	0,06	0,00
	P	0,03	0,00	0,31	0,96
Bağışıklık	R	0,52	0,15	0,11	-0,00
	P	0,03	0,01	0,06	0,99
Kaza veya Şans	R	0,05	0,01	0,22	-0,09
	P	0,41	0,82	0,00	0,13

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi HBHTUÖ toplam puanı ile HAÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $r=-0,18$ ;  $p=0,00$ ). Buna göre HAÖ toplam puanı arttıkça HBHTUÖ toplam puanı azalmaktadır.

HBHTUÖ toplam puanı ile HAÖ alt boyutlarından “Süre (akut)” ( $r=-0,16$ ;  $p=0,01$ ) ve “Tedavi kontrolü” ( $r=-0,30$ ;  $p=0,00$ ) alt boyutları arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiş olup, alt boyut puanları arttıkça HBHTUÖ toplam puanı azalmaktadır.

HBHTUÖ toplam puanı ile HAÖ alt boyutlarından “Risk faktörleri” ( $r=0,52$ ;  $p=0,03$ ), “Bağışıklık” ( $r=0,52$ ;  $p=0,03$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiş olup, alt boyut puanları arttıkça HBHTUÖ toplam puanı da artmaktadır.

HBHTUÖ toplam puanı ile HAÖ alt “Sonuçlar” ( $r=-0,07$ ;  $p=0,26$ ), “Kişisel kontrol” ( $r=-0,08$ ;  $p=0,18$ ), “Hastalığın tutarlılığı” ( $r=0,04$ ;  $p=0,56$ ), “Süre (Döngü)” ( $r=-0,05$ ;  $p=0,37$ ), “Duygusal temsiller” ( $r=-0,07$ ;  $p=0,25$ ), “HNÖ Toplam Puanı” ( $r=0,07$ ;  $p=0,24$ ), “Psikolojik atıflar” ( $r=0,027$ ;  $p=0,65$ ), “Kaza ve şans” ( $r=0,05$ ;  $p=0,41$ ) alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamadı ( $p>0,05$ ).

HAÖ toplam puanı ile “Medikal” ( $r=-0,20$ ;  $p=0,00$ ); aynı zamanda “Medikal” alt boyutu ile “Süre (akut)” ( $r=-0,14$ ;  $p=0,02$ ); “Tedavi kontrolü” ( $r=-0,30$ ;  $p=0,00$ ); “Süre (döngü)” ( $r=-0,12$ ;  $p=0,05$ ); “Duygusal temsiller” arasında ( $r=0,13$ ;  $p=0,03$ ); “Süre (akut)” ile “Beslenme” arasında ( $r=-0,14$ ;  $p=0,02<0,05$ ); “Tedavi kontrolü” ile “Beslenme” arasında ( $r=-0,17$ ;  $p=0,01$ ); “Tedavi kontrolü” ile “Görüşme” arasında ( $r=-0,19$ ;  $p=0,00$ ) negatif yönlü ilişki belirlendi.

“Risk faktörleri” ile “Medikal” arasında ( $r=0,17$ ;  $p=0,00$ ); “Bağışıklık” ile “Medikal” arasında ( $r=0,15$ ;  $p=0,01$ ); “Kaza veya şans” ile “Beslenme” arasında ( $r=0,25$ ;  $p=0,00$ ); “Duygusal temsiller” ile “Görüşme” alt boyutu arasında ( $r=0,15$ ;  $p=0,04$ ) pozitif yönlü ilişki bulundu.

Diğer karşılaştırma sonuçlarında puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.4. Hastaların Yaş Gruplarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		n	Ort	Ss	KW	P
Beslenme	49 Ve Altı	41	3,27	1,55	20,56	<b>0,00</b>
	50-59	66	2,36	1,60		
	60-69	100	2,25	1,33		
	70-79	46	2,13	1,63		
	80 Ve üstü	32	1,75	1,24		
Görüşme	49 Ve Altı	41	3,20	1,35	9,48	<b>0,05</b>
	50-59	66	3,68	1,56		
	60-69	100	3,43	1,34		
	70-79	46	3,89	1,43		
	80 Ve üstü	32	3,88	1,48		
Kişisel Kontrol	49 Ve Altı	41	23,42	4,18	51,97	<b>0,01</b>
	50-59	66	23,62	4,56		
	60-69	100	22,45	3,49		
	70-79	46	22,11	3,78		
	80 Ve üstü	32	20,97	2,80		
Tedavi Kontrolü	49 Ve Altı	41	19,42	3,56	51,63	<b>0,01</b>
	50-59	66	18,67	3,92		
	60-69	100	17,61	3,95		
	70-79	46	17,30	4,05		
	80 Ve üstü	32	16,53	4,20		

Hastaların yaş gruplarına göre “Beslenme” (KW:20,56;p<0,05); “Görüşme” (KW:9,48;p<0,01); “Kişisel kontrol” (KW:51,97; p<0,01); “Tedavi kontrolü” (KW:51,63; p<0,01) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların yaş grupları ile “HBHTUÖ”, “Medikal”, “HAÖ”, “Süre (akut)”, “Sonuçlar”, “Hastalığın tutarlılığı”, “Süre (döngü)”, “Duygusal temsiller”, “HNÖ”, “Psikolojik atıflar”, “Risk faktörleri”, “Bağışıklık”, “Kaza veya şans” puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.5. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	KW	P
Medikal	Okuma Yazma Yok	114	5,20	3,19	9,67	<b>0,05</b>
	Okur Yazar	48	5,52	3,86		
	İlköğretim	59	5,66	2,99		
	Orta Öğretim	53	4,38	2,82		
	Yüksek Öğretim	11	3,55	3,48		
Görüşme	Okuma Yazma Yok	114	3,74	1,43	11,81	<b>0,02</b>
	Okur Yazar	48	3,38	1,63		
	İlköğretim	59	3,86	1,31		
	Orta Öğretim	53	3,17	1,16		
	Yüksek Öğretim	11	3,27	1,95		
Tedavi Kontrolü	Okuma Yazma Yok	114	17,39	4,07	13,54	<b>0,01</b>
	Okur Yazar	48	18,00	3,55		
	İlköğretim	59	17,49	3,95		
	Orta Öğretim	53	19,00	4,13		
	Yüksek Öğretim	11	20,82	3,09		
Süre (döngü)	Okuma Yazma Yok	114	13,48	2,66	11,65	<b>0,02</b>
	Okur Yazar	48	51,96	2,62		
	İlköğretim	59	13,53	2,84		
	Orta Öğretim	53	14,43	1,91		
	Yüksek Öğretim	11	14,36	2,46		
Bağışıklık	Okuma Yazma Yok	114	9,64	2,32	9,50	<b>0,05</b>
	Okur Yazar	48	10,25	2,11		
	İlköğretim	59	9,49	2,67		
	Orta Öğretim	53	10,09	2,57		
	Yüksek Öğretim	11	8,09	1,97		
Kaza Veya Şans	Okuma Yazma Yok	114	3,01	1,26	15,26	<b>0,00</b>
	Okur Yazar	48	3,44	1,30		
	İlköğretim	59	3,00	1,37		
	Orta Öğretim	53	3,76	1,11		
	Yüksek Öğretim	11	3,36	1,27		

Hastaların eğitim gruplarına göre "Medikal" (KW=9,67; p=0,05); "Görüşme" (KW=11,81; p=0,02); "Tedavi kontrolü" (KW=13,54; p=0,01); "Süre (döngü)" (KW=11,65; p=0,02); "Bağışıklık" (KW=9,50; p=0,050); "Kaza veya şans" (KW=15,26; p=0,00) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların eğitim durumları ile HBHTUÖ toplam, beslenme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığın tutarlılığı, duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.6. Hastaların HT Haricinde Başka Bir Hastalık Bulunma Durumu İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		n	Ort	Ss	KW	P
<b>HAÖ Toplam Puanı</b>	DM	62	515,02	13,33	16,593	<b>0,01</b>
	KKH	79	511,81	14,50		
	Hiperlipidemi	40	130,15	15,88		
	KOAH	28	515,29	14,11		
	Diğerleri	27	515,00	51,97		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	119,18	51,73		
Sonuçlar	DM	62	18,63	4,43	11,674	<b>0,04</b>
	KKH	79	19,62	4,20		
	Hiperlipidemi	40	18,60	5,20		
	KOAH	28	19,25	3,74		
	Diğerleri	27	17,85	5,25		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	16,47	4,53		
Kişisel Kontrol	DM	62	23,23	3,92	22,257	<b>0,00</b>
	KKH	79	21,39	3,16		
	Hiperlipidemi	40	21,98	4,42		
	KOAH	28	22,14	3,32		
	Diğerleri	27	23,70	4,45		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	24,14	3,93		
Tedavi Kontrolü	DM	62	18,40	3,89	13,743	<b>0,02</b>
	KKH	79	16,91	4,17		
	Hiperlipidemi	40	19,48	3,71		
	KOAH	28	17,32	3,96		
	Diğerleri	27	18,82	3,85		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	17,65	3,83		
Hastalığın Tutarlılığı	DM	62	14,48	4,06	15,953	<b>0,01</b>
	KKH	79	14,32	3,52		
	Hiperlipidemi	40	16,53	3,30		
	KOAH	28	14,04	3,81		
	Diğerleri	27	13,26	4,75		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	13,92	4,38		
Süre (döngü)	DM	62	13,74	2,37	16,057	<b>0,00</b>
	KKH	79	13,24	2,53		
	Hiperlipidemi	40	14,75	2,28		
	KOAH	28	13,75	2,37		
	Diğerleri	27	14,19	2,29		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	51,74	3,10		
Kaza Veya Şans	DM	62	3,26	1,27	11,14	<b>0,05</b>
	KKH	79	3,11	1,07		
	Hiperlipidemi	40	3,70	1,27		
	KOAH	28	3,18	1,16		
	Diğerleri	27	3,52	1,50		
	Hipertansiyon Haricinde Başka Bir Hastalığı Yok	49	2,88	1,51		

Hastaların hipertansiyon haricinde başka bir hastalık olma durumuna göre "HAÖ" (KW=16,59; P=0,01); "Kişisel kontrol" (KW=11,67; p=0,04); "Tedavi kontrolü" (KW=13,74; p=0,02); "Hastalığın tutarlılığı" (KW=15,95; p=0,01); "Süre (döngü)" (KW=16,06; p=0,01); "Kaza veya şans" (KW=11,14; p=0,05) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, süre (akut), duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık puanları ortalamaları ile hipertansiyon haricinde başka bir hastalık değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.7.Hipertansiyon Süresine Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		n	Ort	Ss	KW	P
Beslenme	0-5 Yıl Arası	87	2,82	1,58	11,96	<b>0,01</b>
	6-11 Yıl Arası	107	2,20	1,41		
	51-17 Yıl Arası	52	2,17	1,56		
	17 Yıl üstü	39	1,95	1,45		
	17 Yıl üstü	39	3,77	1,53		
Kişisel Kontrol	0-5 Yıl Arası	87	23,64	4,16	18,45	<b>0,00</b>
	6-11 Yıl Arası	107	22,84	3,85		
	51-17 Yıl Arası	52	22,10	3,53		
	17 Yıl üstü	39	20,56	3,10		
Hastalığın Tutarlılığı	0-5 Yıl Arası	87	13,99	3,89	10,20	<b>0,02</b>
	6-11 Yıl Arası	107	14,04	3,86		
	51-17 Yıl Arası	52	14,75	4,13		
	17 Yıl üstü	39	16,39	3,92		

Hastaların hipertansiyon hastalığı süresine göre "Beslenme" (KW=11,96; p=0,01); "Kişisel kontrol" (KW=18,45;p=0,00); "Hastalığın tutarlılığı" (KW=10,20; p=0,02) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, görüşme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, tedavi kontrolü, süre (döngü), duygusal temsiller, HNÖ toplam, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile hipertansiyon hastalığı süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.8. Hipertansiyon Sıklığına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 285)**

		n	Ort	Ss	KW	P
<b>HBHTUÖ Toplam Puanı</b>	Ayda Bir	49	10,49	3,88	18,74	<b>0,00</b>
	Üç Ayda Bir	72	9,49	4,70		
	Alta Ayda Bir	58	10,43	4,90		
	Yılda Bir	29	11,55	4,53		
	Hiç Gitmem	77	51,94	5,25		
Medikal	Ayda Bir	49	4,94	2,84	20,28	<b>0,00</b>
	Üç Ayda Bir	72	4,52	3,08		
	Alta Ayda Bir	58	4,48	2,83		
	Yılda Bir	29	5,24	2,87		
	Hiç Gitmem	77	6,40	3,63		
	Hiç Gitmem	77	2,58	1,28		
Duygusal Temsiller	Ayda Bir	49	18,84	5,48	9,52	<b>0,05</b>
	Üç Ayda Bir	72	20,35	5,58		
	Alta Ayda Bir	58	19,88	5,00		
	Yılda Bir	29	19,38	5,21		
	Hiç Gitmem	77	17,96	5,69		
Risk Faktörleri	Ayda Bir	49	18,37	4,12	13,28	<b>0,01</b>
	Üç Ayda Bir	72	16,56	2,97		
	Alta Ayda Bir	58	16,59	3,37		
	Yılda Bir	29	18,76	4,16		
	Hiç Gitmem	77	16,95	4,58		

Hastaların hipertansiyon için kontrol sıklığı gruplarına göre "HBHTUÖ" (KW=18,74; P=0,00); "Medikal" (KW=20,28; p=0,00); "Duygusal temsiller" (KW=9,52; p=0,05); "Risk faktörleri" (KW=13,28; p=0,01) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların beslenme, görüşme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı, süre (döngü), HNÖ toplam, psikolojik atıflar, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile hipertansiyon için kontrol sıklığı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).



**Tablo 4.9.Hastaların İlaç Kullanma Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		n	Ort	Ss	KW	P
<b>HBHTUÖ Toplam Puanı</b>	Her gün Düzenli	176	9,10	4,00	71,03	<b>0,00</b>
	Haftada Birkaç kez Almam	71	13,56	4,17		
	Bazen İlaç Alırım	30	14,37	4,42		
	Hiç Almam	8	17,25	8,24		
Medikal	Her gün Düzenli	176	3,91	2,60	61,57	<b>0,00</b>
	Haftada Birkaç Kez Almam	71	6,50	2,83		
	Bazen İlaç Alırım	30	7,17	3,14		
	Hiç Almam	8	10,00	5,86		
Beslenme	Her gün Düzenli	176	1,95	1,48	36,10	<b>0,00</b>
	Haftada Birkaç Kez Almam	71	3,04	1,45		
	Bazen İlaç Alırım	30	2,97	1,19		
	Hiç Almam	8	2,75	1,04		
Görüşme	Her gün Düzenli	176	3,24	1,38	29,42	<b>0,00</b>
	Haftada Birkaç Kez Almam	71	4,03	1,34		
	Bazen İlaç Alırım	30	4,23	1,14		
	Hiç Almam	8	4,50	2,14		
Süre (akut)	Her gün Düzenli	176	18,15	4,22	14,95	<b>0,00</b>
	Haftada Birkaç Kez Almam	71	16,73	4,71		
	Bazen İlaç Alırım	30	16,00	4,49		
	Hiç Almam	8	13,63	3,50		
Tedavi Kontrolü	Her gün Düzenli	176	18,40	3,90	8,11	<b>0,04</b>
	Haftada Birkaç Kez Almam	71	17,45	4,36		
	Bazen İlaç Alırım	30	16,73	3,67		
	Hiç Almam	8	16,88	3,091		
Süre (döngü)	Her gün Düzenli	176	13,73	2,58	9,33	<b>0,03</b>
	Haftada Birkaç kez Almam	71	13,90	2,54		
	Bazen İlaç Alırım	30	12,80	2,19		
	Hiç Almam	8	11,50	3,42		
Kaza veya Şans	Her gün Düzenli	176	3,15	1,24	10,66	<b>0,01</b>
	Haftada Birkaç kez Almam	71	3,56	1,39		
	Bazen İlaç Alırım	30	2,77	1,19		
	Hiç Almam	8	3,75	1,03		

Hastaların ilaç kullanma durumu gruplarına göre "HBHTUÖ" (KW=71,03; p=0,00); "Medikal" (KW=61,57; p=0,00); "Beslenme" (KW=36,10; p=0,00); "Görüşme" (KW=29,42; p=0,00); "Süre (akut)" (KW=14,95; p=0,00); "Tedavi kontrolü" (KW=8,11; p=0,04); "Süre (döngü)" (KW=9,33; p=0,03); "Kaza veya şans" (KW=10,66; p=0,01) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların HAÖ toplam puanı, sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığın tutarlılığı, duygusal temsiller, HNÖ toplam puanı, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık puanları ortalamaları ile ilaç kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.10. Hastaların KB Ölçme Sıklıkları İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	KW	P
<b>HBHTUÖ</b>	Her gün Düzenli	38	8,66	4,52	18,34	<b>0,00</b>
	Haftada Bir	67	10,22	4,81		
	Ayda Bir	512	51,11	5,00		
	Doktora Gidince	58	11,07	4,42		
Medikal	Her gün Düzenli	38	3,40	2,63	19,41	<b>0,00</b>
	Haftada Bir	67	4,67	3,13		
	Ayda Bir	512	5,80	3,45		
	Doktora Gidince	58	5,07	2,80		
Görüşme	Her gün Düzenli	38	2,90	1,61	13,81	<b>0,00</b>
	Haftada Bir	67	3,48	1,40		
	Ayda Bir	512	3,77	1,38		
	Doktora Gidince	58	3,74	1,36		
<b>HAÖ</b>	Her gün Düzenli	38	515,24	16,86	10,42	<b>0,02</b>
	Haftada Bir	67	518,08	11,97		
	Ayda Bir	512	511,85	13,15		
	Doktora Gidince	58	512,36	16,28		
Süre (akut)	Her gün Düzenli	38	16,92	5,97	14,90	<b>0,00</b>
	Haftada Bir	67	18,97	3,53		
	Ayda Bir	512	17,30	4,45		
	Doktora Gidince	58	16,33	3,87		
Kişisel Kontrol	Her gün Düzenli	38	24,84	4,31	20,58	<b>0,00</b>
	Haftada Bir	67	23,34	3,36		
	Ayda Bir	512	22,07	3,78		
	Doktora Gidince	58	21,57	3,86		
Tedavi Kontrolü	Her gün Düzenli	38	19,24	4,42	17,57	<b>0,00</b>
	Haftada Bir	67	18,79	3,07		
	Ayda Bir	512	16,92	3,91		
	Doktora Gidince	58	18,28	4,42		
Hastalığın Tutarlılığı	Her gün Düzenli	38	13,97	4,47	51,84	<b>0,01</b>
	Haftada Bir	67	13,30	4,11		
	Ayda Bir	512	14,54	3,35		
	Doktora Gidince	58	15,98	4,36		

Hastaların kan basıncı ölçme sıklığına göre "HBHTUÖ" (KW=18,34; p=0,00); "Medikal" (KW=19,41; p=0,00); "Görüşme" (KW=13,81; p=0,00); "HAÖ" (KW=10,42; p=0,02); "Süre (akut)" (KW=14,90; P=0,00); "Kişisel kontrol" (KW=20,58; p=0,00); "Tedavi kontrolü" (KW=17,57; P=0,00); "Hastalığın tutarlılığı" (KW=51,84; p=0,01) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların beslenme, sonuçlar, süre (döngü), duygusal temsiller, hastalık nedenleri ölçeği toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile kan basıncı ölçme sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.11. Hastaların Kullandığı İlacı Tanıma Durumuna Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	KW	p
Medikal	İsminden	84	4,75	3,45	6,98	<b>0,03</b>
	Kutusundan	177	5,01	3,09		
	Şeklinden	24	6,58	3,22		
Kişisel Kontrol	İsminden	84	23,55	3,82	7,48	<b>0,02</b>
	Kutusundan	177	22,31	3,88		
	Şeklinden	24	22,00	4,09		
Tedavi Kontrolü	İsminden	84	18,96	3,678	51,03	<b>0,00</b>
	Kutusundan	177	17,75	3,98		
	Şeklinden	24	15,83	4,39		

Hastaların ilacı tanıma durumuna göre "Medikal" (KW=6,98; P=0,03); "Kişisel kontrol" (KW=7,48; p=0,02); "Tedavi kontrolü" (KW=51,03; p=0,00) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam, beslenme, görüşme, hastalık algısı ölçeği toplam, süre (akut), sonuçlar, hastalığın tutarlılığı, süre (döngü), duygusal temsiller, hastalık nedenleri ölçeği toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile kullandığı ilacı tanıma şekli arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.12. Hastaların Mesleklerine Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		n	Ort	Ss	KW	p
<b>HAÖ Toplam Puanı</b>	Memur	27	130,70	14,29	9,77	<b>0,05</b>
	Serbest Meslek	39	516,05	51,95		
	Emekli	61	511,23	15,54		
	Ev Hanımı	149	513,23	13,87		
	Diğerleri	9	512,44	51,11		
Tedavi Kontrolü	Memur	27	20,33	3,31	15,21	<b>0,00</b>
	Serbest Meslek	39	18,64	3,31		
	Emekli	61	17,07	4,44		
	Ev Hanımı	149	17,65	3,94		
	Diğerleri	9	18,56	4,22		
Süre (döngü)	Memur	27	14,59	2,01	18,54	<b>0,00</b>
	Serbest Meslek	39	14,51	2,57		
	Emekli	61	13,02	2,47		
	Ev Hanımı	149	13,54	2,64		
	Diğerleri	9	51,00	2,60		
Duygusal Temsiller	Memur	27	21,82	5,38	10,25	<b>0,04</b>
	Serbest Meslek	39	19,23	5,77		
	Emekli	61	17,72	5,95		
	Ev Hanımı	149	19,38	5,21		
	Diğerleri	9	19,89	2,52		

Hastaların meslek değişkenine göre "HAÖ" (KW=9,77; P=0,05); "Tedavi kontrolü" (KW=15,21; p=0,00); "Süre (döngü)" (KW=18,54; P=0,00); "Duygusal temsiller" (KW=10,25; p=0,04) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığın tutarlılığı, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile meslek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.13. Hastaların Beden Kitle İndeksi Değişkeni İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	KW	p
Bağışıklık	18,5-25,5 Normal	96	10,01	2,39		
	25,5-29,9 Fazla Kilolu	94	8,99	2,26	14,31	<b>0,00</b>
	30-34,9 1. Derecede Obez	69	10,07	2,57		
	35-39,9 2.derecede Obez	23	10,52	2,21		

Hastaların BKİ değişkenine göre "Bağışıklık" (KW=14,30; p=0,00) puanı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı, süre (döngü), duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, kaza veya şans puanları ortalamaları ile vücut kitle indeksi değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.14. Hastaların Cinsiyetlerine Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	MW	p
Psikolojik Atıflar	Kadın	160	22,39	5,09	8548, 50	<b>0,04</b>
	Erkek	125	21,24	4,73		

Kadın hastaların “Psikolojik atıflar” puanları (22,39±standart sapma), erkek hastaların “Psikolojik atıflar” puanlarından (21,24±standart sapma) yüksek bulundu (U=8548,50; p=0,04). Cinsiyet gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı, süre (döngü), duygusal temsiller, HNÖ toplam, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.15. Hastaların Daha Etkili Bulduğu Tedavi Değişkeni İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	MW	p
HBHTUÖ Toplam Puanı	Farmakolojik Tedavi Etkilidir	51	10,29	4,65	99,50	<b>0,02</b>
	Non Farmakolojik Tedavi Etkilidir	8	16,00	7,43		
Medikal	Farmakolojik Tedavi Etkilidir	51	4,75	2,79	108,00	<b>0,03</b>
	Non Farmakolojik Tedavi Etkilidir	8	8,38	5,55		
Görüşme	Farmakolojik Tedavi Etkilidir	51	3,51	1,55	114,00	<b>0,04</b>
	Non Farmakolojik Tedavi Etkilidir	8	5,00	1,85		

Farmakolojik tedavi etkilidir diyen hastaların HBHTUÖ toplam puanları (10,29±standart sapma), farmakolojik tedavi etkili değildir diyen hastaların HBHTUÖ toplam puanlarından (16,00±standart sapma) düşük bulundu (U=99,50; p=0,02). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Farmakolojik tedavi etkilidir diyen hastaların “Medikal” puanları (4,75±standart sapma), farmakolojik tedavi etkili değildir diyen hastaların “Medikal” puanlarından (8,38±standart sapma) daha düşük bulundu (U=108,00; p=0,03). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Farmakolojik tedavi etkilidir diyen hastaların “Görüşme” puanları (3,51±standart sapma), farmakolojik tedavi etkili değildir diyen hastaların “Görüşme” puanlarından (5,00±standart sapma) daha düşük bulundu (U=114,00; p=0,04). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Hastaların beslenme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı, süre (döngü), duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile daha etkili olan tedavi yöntemi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.16. Hataların Nonfarmakolojik Tedavi Uygulama Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	MW	p
Kişisel Kontrol	Evet	59	23,73	4,54	5320,00	
	Hayır	226	22,35	3,68		<b>0,02</b>
Tedavi Kontrolü	Evet	59	19,63	2,88	4753,00	<b>0,00</b>
	Hayır	226	17,50	4,14		

Hastaların “Kişisel kontrol” boyutunda nonfarmakolojik tedaviye evet olarak yanıtlayanların puanları ( $23,73\pm$ standart sapma), hayır yanıtını verenlere göre ( $22,35\pm$ standart sapma) yüksek bulundu ( $U=5320,00$ ;  $p=0,02$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

“Tedavi kontrolü” boyutunda nonfarmakolojik tedaviye evet yanıtını veren hastaların puanları ( $19,63\pm$ standart sapma), hayır yanıtını verenlere göre ( $17,50\pm$ standart sapma) yüksek bulundu ( $U=4753,00$ ;  $p=0,00$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, HAÖ toplam, süre (akut), sonuçlar, hastalığın tutarlılığı, süre (döngü), duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile nonfarmakolojik tedavi uygulama değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.17. Nonfarmakolojik Tedavinin Hipertansiyonu Dengeleme Durumuna Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	MW	p
<b>HAÖ Toplam Puanı</b>	Evet	38	513,05	51,36	264,50	<b>0,03</b>
	Hayır	21	130,71	10,24		
Süre (döngü)	Evet	38	13,16	2,51	272,00	<b>0,04</b>
	Hayır	21	14,43	1,50		

Hastaların, "HAÖ" boyutunda nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumuna, "evet" olarak yanıtlayanların puanları ( $513,05 \pm$  standart sapma), "hayır" yanıtını veren hastaların hastalık algısı ölçeği toplam puanlarından ( $130,71 \pm$  standart sapma) düşük bulundu ( $U=264,50$ ;  $p=0,03$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Süre (döngü)" boyutunda nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları ( $13,16 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Süre (döngü)" puanlarından ( $14,43 \pm$  standart sapma) düşük bulundu ( $U=272,00$ ;  $p=0,04$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Hastaların HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı, duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.18. Hastaların Tedaviye Başladıktan Sonra İlacını Değiştirme Durumu İle HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	MW	P
<b>HBHTUÖ Toplam Puanı</b>	Evet	193	10,48	4,63	7337,00	<b>0,02</b>
	Hayır	92	51,07	5,29		
Medikal	Evet	193	4,72	3,00	7300,50	<b>0,02</b>
	Hayır	92	5,79	3,59		
Beslenme	Evet	193	2,15	1,48	7028,50	<b>0,00</b>
	Hayır	92	2,76	1,52		
<b>HAÖ Toplam Puanı</b>	Evet	193	515,56	14,76	6898,50	<b>0,00</b>
	Hayır	92	510,33	51,52		
Süre (akut)	Evet	193	17,88	4,36	7364,00	<b>0,02</b>
	Hayır	92	16,52	4,54		
Sonuçlar	Evet	193	18,93	4,86	7277,00	<b>0,014</b>
	Hayır	92	17,64	3,90		
Kişisel Kontrol	Evet	193	22,26	3,56	7492,00	<b>0,03</b>
	Hayır	92	23,44	4,46		
Tedavi Kontrolü	Evet	193	18,24	4,04	7470,00	<b>0,03</b>
	Hayır	92	17,32	3,87		
Süre (döngü)	Evet	193	13,97	2,64	6449,00	<b>0,00</b>
	Hayır	92	51,86	2,32		
Duygusal Temsiller	Evet	193	19,56	5,95	7420,50	<b>0,03</b>
	Hayır	92	18,60	4,29		
Risk Faktörleri	Evet	193	16,96	3,75	7550,50	<b>0,04</b>
	Hayır	92	17,71	4,22		
Kaza Veya Şans	Evet	193	3,34	1,33	7569,50	<b>0,04</b>
	Hayır	92	3,01	1,17		

“HBHTUÖ” boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet olarak yanıtlayanların puanları (10,48±standart sapma), hayır yanıtı veren hastaların HBHTUÖ toplam puanlarından (51,07±standart



sapma) düşük bulundu ( $U=7337,00$ ;  $p=0,02$ ) Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Medikal" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları ( $4,72 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Medikal" puanlarından ( $5,79 \pm$  standart sapma) düşük bulundu ( $U=7300,50$ ;  $p=0,02$ ) Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Beslenme" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları ( $2,15 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Beslenme" puanlarından ( $2,76 \pm$  standart sapma) düşük bulundu ( $U=7028,50$ ;  $p=0,00$ ) Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

HAÖ boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların toplam puanları ( $515,56 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların HAÖ toplam puanlarından ( $510,33 \pm$  standart sapma) yüksek bulundu ( $U=6898,50$ ;  $p=0,00$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Süre (akut)" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları ( $17,88 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Süre (akut)" puanlarından ( $16,52 \pm$  standart sapma) yüksek bulundu ( $U=7364,00$ ;  $p=0,02$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Sonuçlar" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları ( $18,93 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Sonuçlar" puanlarından ( $17,64 \pm$  standart sapma) yüksek bulundu ( $U=7277,00$ ;  $p=0,01$ ) Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Kişisel kontrol" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları ( $22,26 \pm$  standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Kişisel kontrol" puanlarından ( $23,44 \pm$  standart sapma) düşük bulundu ( $U=7492,00$ ;  $p=0,03$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Tedavi kontrolü" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları (18,24±standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Tedavi kontrolü" puanlarından (17,32±standart sapma) yüksek bulundu (U=7470,00; p=0,03). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Süre (döngü)" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların) puanları (13,97±standart sapma), hayır yanıtını veren hastaların "Süre (döngü)" puanlarından (51,86) yüksek bulundu. (U=6449,00; p=0,00). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Duygusal temsiller" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları (19,56), hayır yanıtını veren hastaların "Duygusal temsiller" puanlarından (18,60) yüksek bulundu (U=7420,50; p=0,03). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Risk faktörleri" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları (16,96), hayır yanıtını veren hastaların "Risk faktörleri" puanlarından (17,71) düşük bulundu. (U=7550,50; p=0,04). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

"Kaza veya şans" boyutunda hastaların tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna evet yanıtını veren hastaların puanları (3,34), hayır yanıtını veren hastaların "Kaza veya şans" puanlarından (3,01) yüksek bulundu (U=7569,50; p=0,04). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Hastaların görüşme, hastalığın tutarlılığı, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, bağışıklık puanları ortalamalarının tedaviye başladıktan sonra ilacını değiştirme durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.19. Hastaların Zararlı Alışkanlık Durumlarına Göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ Puan ortalamalarının Karşılaştırılması (N=285)**

		N	Ort	Ss	MW	P
Tedavi Kontrolü	Var	515	18,49	4,10	8500,50	<b>0,03</b>
	Yok	160	17,52	3,89		
Hastalığın Tutarlılığı	Var	515	15,10	3,87	8575,50	<b>0,04</b>
	Yok	160	13,97	4,03		

Zararlı alışkanlığı olan hastaların “Tedavi kontrolü” puanları (18,49), zararlı alışkanlığı olmayan hastaların “Tedavi kontrolü” puanlarından (17,52) yüksek bulundu ( $U=8500,50$ ;  $p=0,03$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Zararlı alışkanlığı olan hastaların “Hastalığın tutarlılığı” puanları (15,10), zararlı alışkanlığı olmayan hastaların “Hastalığın tutarlılığı” puanlarından (13,97) yüksek bulundu ( $U=8575,500$ ;  $p=0,04$ ). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Hastaların HBTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, hastalık algısı ölçeği toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngü), duygusal temsiller, hastalık nedenleri ölçeği toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puanları ortalamaları ile zararlı alışkanlıklar durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

### Hastaların Bazı Sosyo-demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin incelenmesi

Çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık üçte biri 60-69 yaş arası grupta olup, 60 yaş ve üzeri hipertansiyon hastaları örneklemin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların çoğunun ileri yaş, kadın ve eğitim seviyesi düşük kişiler oluşturmaktadır (32,33). TEKHARF çalışmasında da hipertansiyonlu olguların çoğunun 50 yaş ve üzerinde olduğu gösterilmiştir. Bu hastalığa bağlı gelişen etkiler daha çok düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkelerde, 45-69 yaş grubunda görülmektedir (2). Çalışmamız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hipertansiyonlu hastaların çoğunun kadın olduğu, çoğunun normal ve fazla kilolu gruplarında yoğunlaştığı, evli, okuma yazmasının olmadığı, sigara kullandığı ve ev hanımı olduğu belirlendi. Gün ve Korkmaz'ın yaptığı çalışmada 50 yaş grubu örneklemin çoğunluğuna yakını oluşturmaktadır(29).

Dalak'ın yaptığı çalışmada örnekleminin yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır (34). Çalışmaya katılanların, çoğunlukla normal ve hafif şişman gruplarında yoğunlaştığı, büyük çoğunluğunun evli olduğu, yarısına yakın örneklemin okuma yazma bilmediği ve yine aynı oranda kişinin sigara kullandığı saptandı. Hipertansiyonun kadınlarda daha çok görülmesinin nedeni olarak menopoz sonrası östrojen hormonunun salgılanmasının azalması olarak düşünülmektedir. Hipertansiyon ile vücut ağırlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır (35).

Hipertansiyona en fazla eşlik eden hastalık DM'dir (36). Hastaların hipertansiyon haricinde en fazla KKH ve DM sorunu vardı. Hipertansiyonun çoğu bireyde 6-11 yıldır var olduğu, ölçme sıklığının çoğunlukla ayda bir olduğu, çoğunun ilacını kutusundan tanıdığı, ilacının değiştirildiği, bu değişikliği sıklıkla doktorunun yaptığı, ilacın her gün düzenli olarak kullanıldığı saptandı. Hastaların büyük bir kısmının farmakolojik bir tedavi kullandığı, nonfarmakolojik tedavi kullananların tamamına yakınının arkadaş ve komşu önerisi ile kullandığı belirlendi. Hastaların çoğu farmakolojik tedavinin daha etkili olduğunu ifade etti. Aypak ve arkadaşlarının çalışma grubundaki hipertansif hastaların ek olarak,

%13,5'inde Tip 2 diyabet; %9,7'sinde hiperlipidemi; %9,1'inde Tip 2 diyabet ve hiperlipidemi; %9,1'inde koroner arter hastalığı, %6,7'sinde Tip 2 diyabet ve koroner arter hastalığı bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların ortalama hipertansiyon süresi 8 yıldır. Hastaların üçte ikisine yakını ilacını bizzat kendisi almasına rağmen, tüm hastaların ancak üçte birine yakını kullandığı antihipertansif ilacın ismini bilmektedir (37).

### **Ölçeklere İlişkin Tanımsal Bulguların incelenmesi**

Araştırmamızın sonuçlarına göre HBHTUÖ puan ortalaması  $10,99 \pm$  standart sapma olarak saptandı. HBHTUÖ ölçeğinde 0 puan, hastanın tedaviye tam uyumlu olduğunu ve puan yükseldikçe de uyumsuzluğun arttığını göstermesinden dolayı, hastaların tedaviye tam anlamıyla uyum göstermediği görülmektedir. HAÖ puan ortalaması  $513,87 \pm$  standart sapma olarak saptandı. Bu durum hastaların hastalığını tam olarak iyi bir şekilde algılamadığını düşündürmektedir. HNÖ puan ortalaması  $54,54 \pm$  standart sapma olarak saptandı. Bu sonuç hastaların HT nedenlerini tam olarak bilmediğini veya eksik bildiklerini göstermektedir. Bunlara istinaden sağlık personeli ve hasta yakınlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık personeli olarak hipertansiyon hastalık, tedavi ve baş etme yöntemlerini hasta ve yakınlarına öğretmeli, hastalık algısı yüzdesini arttırarak tedaviye uyumu sağlanmalıdır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre HT hastalarının hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri arttıkça tedaviye uyumları artmaktadır. Hastaların "Süre (akut)" ve "Tedavi kontrolü" alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Rajpura ve Nayak (2014) çalışmalarında, yaşlı HT hastalarının çoğunluğunun ilaç uyumunun olmadığını, ilaç uyumunda hastalık algısının ve ilaçla ilgili inançların önemli rol oynadığını belirlemiştir (38). Bu çalışmada hastaların yaşları ile HBHTUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Fakat hastaların yaşları arttıkça beslenmeye olan uyumlarının arttığı ve orta yaş kişilerde görüşme puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Gün ve Korkmaz'ın (2014) yaptığı çalışmada da HBHTUÖ ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın yaş arttıkça beslenme ve medikal uyumun azaldığı belirlenmiştir (29). Aradaki bu farkın bölge farkından kaynaklandığı düşünülmektedir. Beslenmeye olan uyumun artması hastaların ölüm kaygısı

yaşamaları, kendi öz bakım ve sağlıkları için daha fazla zaman ayırabilmeleri ile açıklanabilir.

Araştırma sonucuna göre yaş grupları ile HAÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat yaş ile kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt grupları arasında negatif bir ilişki bulundu. Hastanın yaşı ilerledikçe hastalık sürecinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı belirlenmiştir. Genç yaştaki hastaların hastalık süresini akut, ileri yaştaki hastaların ise kronik olarak algılamaları kültürümüzde ileri yaşlarda kronik hastalıkların ortaya çıkmasının doğal görülmesi ile açıklanmıştır (39). Çalışmamızda yaş gruplarının birbirine yakın olması hastalık algısını etkilememesinin nedeni olduğu düşünülmektedir.

Bölgemizdeki hasta kişilerin eğitim durumlarının kadınlarda daha çok olmak üzere oldukça düşük olduğu, hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarına rağmen tavsiye edilen tedavilere büyük oranda uydukları görüldü (40). Çalışmamızda eğitim durumları ile HBHTUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış fakat eğitim seviyesi arttıkça medikal ve görüşme uyum puanları azalmıştır. Akgöl'ün çalışmasında eğitim düzeyi yüksek hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu ve kontrole gelme sıklığının yüksek olmasına bağlı olarak tedaviye uyumlu oldukları belirtilmiştir (41). Araştırmadan da anlaşılacağı gibi eğitim seviyesi yükseldikçe tedaviye uyum artmaktadır.

Bu çalışmada hipertansif hastalarda HAÖ toplam puanı ve eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamasına karşın eğitim seviyesi en yüksek olan hastaların süre (döngü) ve tedavi kontrol puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Acehan'ın (2010) çalışmasında dikkat çeken kısım ise eğitim durumunun artmasının hastalığı anlayabilme ve kişisel kontrol alt ölçekleri ile belirgin korelasyon ( $p=0,01$ ) göstermiş olmasıdır (42). Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edildi. Eğitim durumu arttıkça hastaların hastalıkları ile ilgili farkındalığının değiştiği, hastalığı ve tedavisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu düşünülmektedir.

Busnello ve arkadaşları beş yıldan kısa süredir hipertansif olanlarda tedaviye uyumun daha az olduğunu saptamışlardır (43). Bu çalışmada hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile hastalığın süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

Buna karşılık, beslenme alt ölçek puanları ile hastalığın süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastalığın süresi uzadıkça beslenmeye olan uyum artmaktadır. Literatürdeki bazı çalışmalar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Akgül (2008) çalışmasında tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumunun arttığını belirtmiştir. Bunun nedeni olarak da HT süresi artkça, eklenen komorbid durumlar ve HT'ye bağlı semptomların artmasının tedaviyi hasta için kaçınılmaz hale getirdiğini, hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmasına yol açtđını, 6 ay ve bir yıldır HT tanısı olan hastaların tedaviye en uyumsuz grup olduğunu belirtmiştir (41). Bu durum yeni hipertansiyon tanısı alan bireylerin hastalıkları hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve hastalıklarının ciddiyetinin farkında olmadıklarını düşündürmektedir.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile hastalığın süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulundu. Buna karşılık sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığın tutarlılığı, alt ölçek puanlarının hastalığın süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kişisel kontrol, hastalığın ilk yıllarında yüksek iken hastalığın tutarlılığı yıllar geçtikçe artmaktadır. Acehan'ın (2010) çalışmasında yapılan korelasyon analizinde HT süresi arttıkça süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller alt ölçeklerinde de artış olduğu görülmüştür (42). Örneklemeler arasındaki farklılığın sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Oğuz ve ark.nın (2016) yaptığı çalışmada, tedavi kontrolünün tedaviye uyumu arttırdığı belirlenmiştir (44). Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile hipertansiyon kontrol sıklığı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kontrole gitme sıklığının tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir (41,45). Daha önce yapılan çalışmaların bizim çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir. Düzenli ilaç kullanımı, eğitim ve kontrolün tedaviye uyumu arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile hipertansiyon kontrol sıklığı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Buna karşılık duygusal temsiller alt ölçek puanı ile hipertansiyon kontrol sıklığı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Duygusal temsillerde üç ayda bir kontrole gelenlerin puanının en yüksek olduğu ve düzenli aralıklarla kontrole gelen hastaların hastalığı kabullenme, hastalıkla yaşama ve hastalığı algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların kontrole gitme sıklığına

göre duygusal temsiller alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

Bu çalışmada hastaların çoğunun hipertansiyonu hastalık olarak kabul ettiği belirlendi. Hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranı %86,8 olarak bulundu. Mert ve ark.nın (2011) çalışmasında hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile ilacı kullanım düzeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (46). Araştırmada görüldüğü üzere ilaçların düzenli kullanımı hastaların tedaviye uyumunu artırmaktadır. İdeal doz ve aralıklarla doğru şekilde uygulanan ilaçların tedaviye uyumu arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile ilacı kullanım düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Buna karşılık sonuçlar, süre (akut), tedavi kontrolü, süre (döngü) alt ölçekleri ilacı kullanım değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Her gün düzenli ilaç kullanan hastalar süre (akut) ve tedavi kontrolünde en yüksek puanı almışken, süre (döngü)'de daha düşük puan almıştır. Hastalığın farkındalığı arttıkça ilaç kullanım düzeninin arttığı saptandı.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile kan basıncı ölçme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Gün ve Korkmaz (2014) çalışmalarında kan basıncını ölçtürme sıklığının, hipertansiyon tedavisine uyumu etkilediğini saptamışlardır (29). Kan basınçlarını düzenli ölçen bireylerin tedaviye uyumlarının yüksek çıkmasının nedeni olarak: erken tanı, erken müdahale, hastalığın farkındalığının getirdiği sorumlulukların yerine getirilmesi düşünülmektedir.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile kan basıncı ölçme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında kan basıncı ölçtürme sıklığına göre hastalık tipi kimlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (29). Durumdan da anlaşılacağı gibi kan basınçlarını haftada bir ölçenlerin hastalık algısı ölçeği puanı en yüksek bulunmuştur.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile kullandığı ilacı tanıma şekli değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Buna karşılık, medikal alt ölçekleri ile kullandığı ilacı tanıma şekli değişkeni arasında



istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kullandığı ilacı isminden tanıyan hastaların medikal puanları en yüksek olarak saptandı. İlaçlarını iyi tanıyan bireylerin tedavi uyumlarının yüksek olduğu saptandı.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile kullandığı ilacı tanıma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Buna karşılık sonuçlar, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt ölçeklerin puanları ile kullandığı ilacı tanıma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kullandıkları ilacı isminden tanıyanlar kişisel kontrol ve tedavi kontrolde en yüksek bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile meslek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Literatürde, hastanın eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma ve sosyo-ekonomik durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte ilişki olduğunu gösterenler de vardır (46). Hastaların HAÖ toplam puanı ile meslek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Memur olan kişilerin hipertansiyon hastalık algısının daha yüksek olduğu saptandı. Memurların hastalık algısının yüksek çıkmasının nedeni yüksek eğitim seviyesi, yaşam düzeni olarak düşünülmektedir.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile BKİ değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında da BKİ ve HBHTUÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (29).

Hastaların HAÖ toplam puanı ile BKİ değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında da çalışmamız sonucuna benzer olarak HAÖ alt boyut puanları ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (29).

Bu çalışmada, cinsiyet ile uyum arasında anlamlı ilişki gözlenememekle birlikte kadınlar daha uyumlu görünmektedir. Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (29). Akgül'ün çalışmasında kadın ile erkek arasında hedef kan basıncı değerlerine

ulaşmada belirgin bir fark gözlenmezken tedaviye uyumda kadınların göreceli olarak daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir (41).

Hastaların HAÖ toplam puanı ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Hastalık algısının cinsiyetler arasında HAÖ hastalık tipi kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

Hastaların HNÖ toplam puanı ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Buna karşılık psikolojik atıflar alt ölçeği ile cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kadın hastaların psikolojik atıf puanları daha yüksek bulundu.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile etkili olan tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Farmakolojik tedavi etkilidir diyen hastaların HBHTUÖ puanı en yüksekti. Araştırma sonuçlarımıza göre nonfarmakolojik tedavi değil de, farmakolojik tedaviyi önemseyip ilaçlarını düzenli kullanan hastaların tedaviye daha fazla uyum gösterdiği saptandı.

Hastaların evli ve bekâr olmaları yönünden tüm ölçeklerle istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Benzer şekilde Anadol'un çalışmasında medeni duruma ile uyum puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (47).

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile nonfarmakolojik tedavi uygulama değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Nonfarmakolojik tedavilere yönelen hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunun daha az olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak eğitim seviyesinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile nonfarmakolojik tedavi uygulama değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Buna karşılık kişisel kontrol ve tedavi kontrolü ile nonfarmakolojik tedavi uygulama değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kişisel kontrol ve tedavi kontrolde nonfarmakolojik tedaviye evet diyen hastaların puanları daha yüksek bulundu. Nonfarmakolojik tedavi kullanan hastaların daha çok kontrole gelip tedavilerine dikkat ettikleri ortaya çıkmaktadır. Nonfarmakolojik tedaviye sıcak bakan hastalar bundan yarar görmediği için daha fazla kontrole geldiği düşünölmektedir.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Nonfarmakolojik tedavi hipertansiyonu dengelemiyor diyen hastaların toplam puanları daha yüksek bulundu. Hastaların kullandıkları yöntemlerin kulaktan dolma bilgiler olduğu ve hipertansiyon üzerinde etkili olmadığı saptandı.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile tedaviye başladıktan sonra değişiklik değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Tedavisi daha sonraki kontrolde değişen hastaların tedaviye uyum puanları yüksek bulundu. Hastaların tedavilerinin değiştirilmesi hastalarının tedaviye uyumunu artırmıştır.

Hastaların HAÖ toplam puanı ile tedaviye başladıktan sonra değişiklik değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Araştırma sonuçlarımıza göre farmakolojik tedavisi değişen hastaların hastalığı daha iyi kavradığı saptandı.

Hastaların HBHTUÖ toplam puanı ile zararlı alışkanlıklar değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Zararlı alışkanlığı olmayan hastaların HBHTUÖ puanı yüksek bulundu. Zararlı alışkanlıkların tedaviye uyumu bozduğu düşünülmektedir.

Sigara içen hastalarda tedaviye uyumu daha düşük bulan çalışmaların yanında herhangi bir etkisinin olmadığını söyleyen çalışmalar da bulunmuştur. Mert ve arkadaşlarının çalışmasında da (46) hastaların HAÖ toplam puanı ile zararlı alışkanlıklar değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, buna karşılık tedavi kontrolü ve hastalığın tutarlılığı puanları ile zararlı alışkanlıklar değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Tedavi kontrol ve hastalığın tutarlılığında zararlı alışkanlıkları olan hastaların puanları yüksek bulunmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan hastalar sıklıkla 60 yaş üzeri, kadın cinsiyette, ev hanımı, fazla kilolu, okuma yazma bilmeyenler olup, sigara kullanımını da fazlaydı.

Hastalarda hipertansiyonla birlikte en fazla KKH ve DM'ye rastlandı.

Hipertansiyonun çoğunlukla 6-11 yıldır var olduğu, kan basıncını ölçme sıklığının ayda bir olduğu, hastaların ilacını her gün düzenli kullandığı ve nonfarmakolojik bir tedavi kullanmadığı belirlendi.

HBHTUÖ toplam puanı ile HAÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. Buna göre HAÖ toplam puanı arttıkça HBHTUÖ toplam puanı azalmaktadır.

Hastaların yaş gruplarına göre HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Hastaların eğitim seviyesi ile ; HBHTUÖ toplam puanı, HAÖ toplam puanı ve HNÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı; fakat hastaların eğitim seviyeleri ile alt ölçeklerin (medikal, görüşme, tedavi kontrolü, süre (döngü), bağışıklık, kaza veya şans) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların, hipertansiyon haricinde başka bir hastalık bulunma durumu ile HBHTUÖ ve HNÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı; ancak, HAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu.

Hastaların hipertansiyon hastalığı süresi ile HBHTUÖ, HAÖ ve HNÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı; fakat beslenme, kişisel kontrol, hastalığın tutarlılığı ve psikolojik alt ölçekleriyle istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların hipertansiyon için kontrol sıklığı gruplarına ile HBHTUÖ, medikal, duygusal temsiller, risk faktörleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu; ancak HAÖ ve HNÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Hastaların ilacı kullanma durumu ile; HBHTUÖ, medikal, beslenme, görüşme, süre (akut), tedavi kontrolü, süre (döngü), kaza veya şans, puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu; ancak HAÖ ve HNÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Hastaların kan basıncı ölçme sıklığına ile HBHTUÖ, medikal, görüşme, HAÖ, süre (akut), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu; ancak HNÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Hastaların meslekleri ile HAÖ, tedavi kontrol, süre (döngü), duygusal temsiller puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu; ancak HBHTUÖ ve HNÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Kadın hastaların psikolojik atıflar puanları erkek hastaların psikolojik atıflar puanlarından yüksek bulundu.

HAÖ'ne göre nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumunu evet olarak yanıtlayanların puanları, hayır olarak yanıtlayan hastaların toplam puanlarından düşük bulundu. Süre (döngü)'ye göre nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumunu evet olarak yanıtlayanların puanları, hayır olarak yanıtlayan hastaların toplam puanlarından düşük bulundu.

Hastaların nonfarmakolojik tedavinin hipertansiyonu dengeleme durumu ile HBHTUÖ toplam, medikal, beslenme, görüşme, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığın tutarlılığı, duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

HBHTUÖ'ne göre hastaların tedaviye başladıktan sonra değişiklik durumunu evet olarak yanıtlayanların toplam puanları, hayır olarak yanıtlayanların toplam puanlarından düşük bulundu. HAÖ'ne göre hastaların, tedaviye başladıktan sonra değişiklik durumunu evet olarak yanıtlayanların toplam puanları, hayır olarak yanıtlayanların toplam puanlarından yüksek bulundu. Hastaların tedaviye başladıktan sonra değişiklik durumu ile görüşme, hastalığın tutarlılığı, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, bağışıklık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı.

Zararlı alışkanlığı olan hastaların tedavi kontrolü puanları ve hastalığın tutarlılığı puanları zararlı alışkanlığı olmayan hastaların puanlarından yüksek bulundu. Hastaların zararlı alışkanlıklar değişke ile HBHTUÖ toplam, medikal,

beslenme, görüşme, hastalık algısı ölçeği toplam, süre (akut), sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngü), duygusal temsiller, HNÖ toplam, psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Hipertansiyon tedavisine uyumu arttırmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak için, hipertansiyon yönetimini planlayan sağlık profesyonellerinin özellikle kadınlara daha fazla özen göstermesi,

İleri yaş grubunda hipertansiyonun ve komorbid hastalıkların komplikasyonlarının arttığı düşünülürse ileri yaş grubu hipertansif hastalarla ilgili daha çok araştırma yapılması,

Hipertansiyon kontrolünün sağlanması amacıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için gerekli sağlık politikaları üretilmesi ve yaşama geçirilmesi,

Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeyi ve hastalıkları hakkında bilgi düzeylerini inceleyen çalışmaların yapılması,

Hipertansiyon hastalarının hastalıklarını tanıyabilmeleri ve bu hastalıkla baş etme yollarını öğrenmeleri amacıyla görsel ve işitsel eğitim programlarının düzenlenmesi,

Hipertansiyonla mücadelede medikal yöntemlerle beraber, yaşam tarzı değişiklikleri, özellikle fazla kiloların verilmesine yönelik kişilere özgü programların (diyet, egzersiz vb) düzenlenmesi,

Günlük hayatta yaşanan stresi en az düzeyde hissetmek ve hayatımızdaki etkilerini azaltmak amacıyla stresle baş etme yolları hakkında eğitimlerin düzenlenmesi,

Hipertansiyonla mücadelede hemşire araştırmacıların yaptığı araştırmaların sahaya uyarlanması ve araştırma sonuçlarına yönelik hipertansiyonda tedavi politikalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,

Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin hipertansiyonla mücadelede farkındalığın oluşturulması, yaşam tarzı değişikliklerinin hayata geçirilmesi ve uyumun artırılarak kan basıncı kontrolünün sağlanması amacıyla eğitim

programlarının düzenlenmesi ve hasta takip ve kontrollerinin daha özenli ve düzenli şekilde yapılması önerilebilir



## KAYNAKLAR

1. Erkoç, Y.,Yardım, N. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Anıl Matbaası, Ankara, 2011: 18.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı; Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014) Ankara 2010, Yayın no: 978-975-590-341-5 (23.10.2016)
3. Tekin, G., Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı Ve Tedavisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2016;25 (2):163-180.
4. WHO. Hypertension fact sheet | Department of Sustainable Development and Healthy Environments | September 2011. file:///C:/Users/TOSHIBA/App Data/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content/IE5/01KR9VLX/non\_communicable\_diseases\_hypertension\_fs.pdf. Erişim tarihi: 15.08.2017.
5. Geçgeldi, E., Babayiğit, A. M., Hassoy, H., Açikel, H. C., Taşçı, İ., Ceylan, S., Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2008;50:172-179
6. Çöl, M., Özdemir, O., Ocaktan, M.E. Park Sağlığı Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2006; 59: 144-150.
7. Arıcı, M., Çağlar, Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2012;33(1): 4-9.
8. Okan, A., Bolu valiliği yaşlı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkında lığı ve evde bakım uygulamaları Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2010.
9. Kaplan, M. N.,Viktor, G. R.: Klinik Hipertansiyon, Çeviren: Kozan, Ö., Güneş Tıp Evleri. Onuncu Baskı. Ankara. 2013.



10. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. [https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3\\_3575c.htm?wbnum=1105](https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_3575c.htm?wbnum=1105). Erişim tarihi: 15.08.2017

11. Karadakovan, A., Eti Aslan, F.: Hipertansiyon, Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üçüncü Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2014, s. 49-72.

12. Durna, Z., Akın, S.: Hipertansiyon, Kronik Hastalıklar Ve Bakım, Birinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2012, s. 95-109.

13. Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, Jr JL., Jones, DW., Materson, BJ., Oparil, S., Wright, Jr JT., Roccella, EJ. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003, 289 (19): 2560 - 71.

14. World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery. <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>. Erişim tarihi: 3.10.2016.

15. Önen, C., Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı Ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya, (Prof. Dr. Gülsen Güneş), 2015.

16. Kılıç, M., Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Hipertansiyon Prevelansı, Farkındalığı, Kontrolü Ve Etkileyen Faktörler. Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Dergisi Yozgat 2013; 51(1) : 79-80

17. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013, Türk Kardiyol Dern Arş 2014, Suppl. 4. [http://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_42\\_80\\_1\\_72.pdf](http://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf) Erişim tarihi: 14.10.2016.

18. Braunwald, E., Zipes, B, D., Libby, P., Bonow, O, R.: Kalp Hastalıkları. 2004. Çeviren: Aslanger, E., Şirinoğlu, I., Nobel Tıp Kitap Evleri: İstanbul; 2008;959-1051

19. Mancia, G., Bertinieri, G., Grassi, G., Parati, G., Pomidossi, G., Ferrari, A., Gregorini, L., Zanchetti, A. Effects of blood-pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* 1983;2:695-698.

20. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2051. <http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/dunyasaglikgunu/10.pdf>. Erişim tarihi: 10.11.2016.

21. Türk hipertansiyon uzlaşma raporu, 2015. [http://www.turkendokrin.org/files/Turk\\_hipertansiyon\\_uzlasi\\_raporu.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/Turk_hipertansiyon_uzlasi_raporu.pdf). Erişim tarihi: 14.10.2016.

22. Gu, D., Reynolds, K., Wu, X., et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China. *Hypertension* 2002; 40:920-927.

23. Cappuccio, F.P., Micah, F.B., Emmett, L., et al. Prevalence, detection, management, and control of hypertension in Ashanti, West Africa. *Hypertension* 2004; 43: 1017-1022.

24. Kaya, A., Gedik, V, T., Bayram, F., Bahçeci, M., Sabuncu, T., Tuzcu, A., Arıkan, Ş., Gökalp, D. Hipertansiyon , Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokronoloji ve Metabolizma Derneği. 2009. Ankara

25. Neter, J.E., Stam, B.E., Kok, F.J., Grobbee, D.E., Geleijnse, J.M., Influence of weight reduction on blood pressure: A meta analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42:878-84.

26. Sacks, F.M., Svetkey, L.P., Vollmer, W.M., Appel, L.J., Bray, G.A., Harsha, D., Obarzanek, E., Conlin, P.R., Miller, III ER., Simons-Morton, D.G., Karanja, N., Lin, PH. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *J. N Engl Med* 2001; 344 (1): 3-10.

27. Demir, M., Dirençli Hipertansiyon. *Genel Tıp Dergisi*. 2009; 19 (3): 145-150

28. James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National 43 Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5): 507-20.

29. Gün, Y., Korkmaz, M., Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*: 2014, 7 (2), 98-108

30. Kim, MT., Hill, MN., Bone, LR., Levine, DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale . Prog Cardiovasc Nurs 2000;15 (3): 90-6.

31. Karademir, M., Köseoğlu, IH., Vatansever , K., Akker, MVD' Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings' The European Journal of General Practice, 2009 1115: 4, 207 — 211

32. Mert, H., Özçakar, N., Kuruoğlu, E., A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension. Turk Aile Hek Dergisi 2011;15(1): 7-51

33. Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat, H., Aker, A., Bakıcı, Z., Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi:2005;27 (3): 89 – 94

34. Dalak, H., Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Mersin, 2010

35. Ökten, F., Obez Çocuklarda Ambulatuvar Arteriyel Kan Basıncı İzlem Sonuçları. Dicle Tıp Dergisi:2010;37 (4), 353-357

36. Yukarıkır, N., Deryol, Nacar, D., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Toplum İçin Bilgilendirme Sunumları 2015. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/toplumayonelik/ht.pdf>. Erişim tarihi: 29.04.2017

37. Aypak, C., Önder, Ö., Dicle, M., Yıkılkan, H., Tekin, H., Görpelioğlu, S., Evaluation Of Blood Pressure Control Levels And Treatment Compliances Of Hypertensive Patients. Cokurova Medical Journal 2013; 38(2): 224-232.

38. Rajpura, J.R., Nayak, R., Role of illness perceptions and medication beliefs on medication compliance of elderly hypertensive cohorts. Journal of Pharmacy Practice: 2014; 27 (1):19-24.

39. Kayış, A., Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyi Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İstanbul.2009.

40. Eryonucu, B., Seyarlıoğlu, M., Bilge, M., Güler, N., Erkoç, R., Dilek, İ., Van İli ve Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi:1999;6 (4)

41. Akgöl, C., Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Uyumun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

42. Acehan, O., Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Uzmanlık Tezi Adana. (Yrd, Doç, Dr Hatice Kurdak), 2010.

43. Busnello, R.G., Melchior, R., Faccin, C., ve ark. Characteristics Associated with the Dropout of Hypertensive Patients Followed Up in an Outpatient Referral Clinic, Arq Bras Cardiol 2001;76:352-4.

44. Oğuz, S., Yetim, M., Yalçın, Ö., Ünalın, E. Y., Çamcı, G., Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi Ve Diyet Uyumuna Etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi.2016;5 (2):75-83.

45. Arpacı, M., Kardeşoğlu., E, Yiğiner, Ö., Özmen, N., Cingözbayı, B.Y., Cebeci BS. Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Bölgelerde Bulunan İki Sağlık Ocağında Takip Edilen Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum Süreci Ve Değişik Özelliklerinin Karşılaştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni: 2008;7 (4):333-338.

46. Mert, H., Özçakar, N., Kuruoğlu, E., A multidisciplinary special study modüle research: treatment compliance of patients with hypertension. Turk Aile Hek Derg :2011;15 (1):7-51

47. Anadol, Z. Hipertansif Hastalarda İlaç Uyumunu Ve Hastanın Yaşamına Etkileri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliđi Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, 2008.

## EKLER

### ARAŞTIRMANIN ADI

# Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

## EK-1

### SAYIN KATILIMCI;

### (AÇIKLAMA VE VERİ TOPLAMA FORMU ÖRNEĞİ)

### ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket, **Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedaviye Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi** sorgulamaktadır. Soruların doğru yanıtlanması araştırmaya önemli katkı sağlayacaktır. Anketlerde isim belirtilemeyecek ve alınan cevaplar yalnızca bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacak, başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Zekeriya AKIN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dahiliye Hastalıkları Hemşireliği AD.

Yüksek Lisans Programı

**EK-2**  
**SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

no:.....

- 1) Yaşınız:.....
- 2) Cinsiyetiniz: 1 ( ) Kadın 2 ( ) Erkek
- 3) Boyunuz.....Kilonuz:....BKİ:.....
- 4) Şu anki Kan Basıncı .....mmHg
- 5) Medeni durumunuz: 1 ( ) Evli 2 ( ) Bekar
- 6) Eğitim durumunuz nedir? 1.) Okuma yazma yok 2 ( ) Okur-yazar  
3 ( ) İlköğretim 4 ( ) Ortaöğretim 5 ( ) Yükseköğretim
- 7) Zararlı alışkanlıklarınız var mı: 1 ( ) Sigara 2 ( ) Alkol 3 ( ) Diğer.....
- 8) Mesleğiniz nedir? 1( ) Memur 2( )Serbest meslek 3( ) Emekli  
4( ) Ev hanımı 5( ) Diğer .....
- 9) Hipertansiyon haricinde başka hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz). 1( ) DM 2( ) KKH 3( ) Hipotiroidi  
4( ) Hiperlipidemi 5( ) KOAH 6( ) Kanser ( ) Diğer..
- 10) Ne zamandan beri hipertansiyon hastalığınız var? .....
- 11)Kan basıncınızı hangi sıklıkla ölçüyorsunuz?.....
- 12) Hipertansiyon için ne sıklıkla kontrole gidersiniz?  
1.( ) Ayda bir 2( ) Üç ayda bir 3( ) Altı ayda bir 4( ) Yılda bir 5( ) Hiç gitmem
- 13) Kullandığınız ilacı nasıl tanıyorsunuz?1( ) İsminden 2( ) Kutusundan 3( ) Şeklinden
- 14) Tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı? 1( ) Evet 2( )Hayır
- 15) Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni nedir?  
1( ) Yan etki yaptı 2( ) Tansiyonumu düşürmedi 3( ) Pahalıydı  
4( ) Doktorumun önerisiydi ilaç yazdırmaya gittiğimde değiştirildi
- 16) İlacınızı nasıl alırsınız?  
1( ) Her gün düzenli 2( )Haftada birkaç kez almam 3( ) Bazen ilaç alırım 4( ) Hiç almam
- 17) Kan basıncınızı kontrol altına almak için kullandığınız herhangi bir bitkisel tedavi yöntemi var mı? 1( ) Evet ..... 2( ) Hayır
- 18) Uyguladığınız yöntem KB kontrol altına aldığına inanıyor musunuz?  
1( ) Evet 2( ) Hayır
- 19) 16. Soruya yanıtınız Evet ise tedaviyi Kim önerdi? .....
- 20) Kullandığınız medikal yöntem ile alternatif yöntemi kıyaslar mısınız, sizce hangisi daha etkilidir? 1( )İlaç daha etkili 2( ) Alternatif yöntem daha etkili

**EK-3****HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ****HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ**

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4: Böyle düşünüyorum

2: Böyle düşünmüyorum

5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

3: Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					



## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunuzu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

## EK-4

### Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 33. soruyu da cevaplayın)

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 34. soruyu da cevaplayın)

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

5. Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 34. soruyu da cevaplayın)

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamalık edersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

51. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamalık edersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

13. Ne sıklıkla başkalarını tansiyon ilaçlarından alırsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamalık edersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI**

**Karar no** : 2017/025

**Karar tarihi** : 16.08.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 16.08.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi, **154101004** öğrenci numaralı **Zekeriya AKIN** "**Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedaviye Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmasını 13.06.2017 tarihinde aşağıda belirtilen jüri önünde sunmuş ve düzeltme (2017/018 sayılı 13.06.2017 tarihli) kararı almıştır. Adı geçen öğrencinin aynı tezini jüri tarafından önerilen "**Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" başlığı ile 12.09.2017 tarihinde aynı jüri önünde savunmasına;

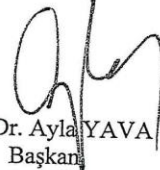
Asil Jüri Üyeleri		Yedek Jüri Üyeleri	
1.	Prof. Dr. Nermin OLGUN (Danışman-Üye)	1.	Doç. Dr. Özlem OVAYOLU
2.	Doç. Dr. Nuran TOSUN (Başkan-Üye)	2.	Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM
3.	Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ (Üye)		


<b>Sınav Tarihi:</b>	12.09.2017	<b>Sınav Saati:</b>	11.00	<b>Sınav Yeri:</b>	Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO
----------------------	------------	---------------------	-------	--------------------	----------------------------------

2- Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Abdülkadir ELÇİOĞLU**'nun kayıt dondurma formu incelenmiş ve mazeretine istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının uygun görüşü alınarak, 2017 - 2018 "Güz - Bahar" yarıyılarında izinli sayılmasına,

3- Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Hatice AKDEMİR**'in kayıt dondurma formu incelenmiş ve mazeretine istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının uygun görüşü alınarak, 2017 - 2018 "Güz - Bahar" yarıyılarında izinli sayılmasına,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Başkan  
(Enstitü Müdürü)

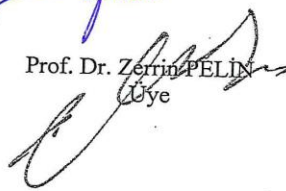
  
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR  
Üye  
(Enstitü Müdür Yardımcısı)

  
Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye



**ASLI GİBİDİR**

  
**Aylin FİLİZ**  
Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimler Enstitüsü  
Sekreteri

  
Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Üye

  
Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ  
Üye

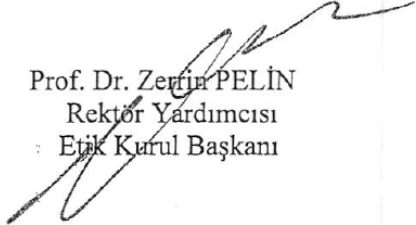
**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

03.06.2016

Sayın Zekeriya AKIN

*“Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”* konulu çalışmanız 03.06.2016 tarih ve 2016-08 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Rektör Yardımcısı  
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2016/08  
Karar Tarihi : 03.06.2016

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR'ın "...Türkiye'de Bedensel Engelli Sporcuların Spor Profillerinin Belirlenmesi ve Spora Kazandırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Sema ÖZBERK'in "...Telefon Bağımlılık Riskinin Postür ve Fiziksel Aktiviteyle İlişkisi..." ve "... Pilates Eğitiminin Fonksiyonel Kapasiteye Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Deniz KOCAMAZ'ın "...Elektroterapi Almış Bireylerde Elektroterapi Farkındalığının İncelenmesi..." ve "... Meme Kanseri Bireylerde Kalistenik Egzersizin Fonksiyonel Kapasite, Kognitif Durum ve Yaşam Kalitesine Etkisi..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,

Arş. Gör. Ezgi ERALP'in "... Kendisine İnsülin Enjeksiyonu Uygulayan Diyabetlilerin Uygulama Hataları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Suat AĞLAMIŞ'ın "... Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Beslenme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Nurdan YILDIRIM'ın "... Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Kaygı Durumları..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Zekeriya AKIN'ın "... Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Ayşe YAĞA  
Üye

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ  
Üye

Güven HOŞ


T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Hatice YAKUT  
Üye



**EK-6**

 T.C. Sağlık Bakanlığı T.C. Batman İl KAMU Hastaneleri Birliği	<b>BATMAN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ</b>	<i>Kod</i>	
		<i>Yayın Tarihi</i>	15.07.2016
	<b>ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00/
		<i>Sayfa</i>	1/2

**BATMAN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ**

Genel Sekreterliğimize bağlı kurum ve kuruluşlarda Uzmanlık tez çalışmamı yürütmek için başvurmuş bulunmaktayım.

Kurumunuzda yürüttüğüm çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmanın uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, Genel Sekreterliğin ve hastanenin uygun bulmadığı verileri yayınlamayacağımı, Genel Sekreterliğin Tıbbi Hizmetler Başkanlığına araştırmanın başlangıcında ve bitiminde çalışmamı sözlü olarak sunacağım ve çalışmanın bitiminden en geç 15 gün sonra çalışmamın bir nüshasını rapor olarak 01.05.2017 tarihinde hastanelerin Eğitim ve Ar-Ge Birimine ve Genel Sekreterliğe vereceğimi, taahhüt ederim.

**BAŞVURUDA BULUNAN KİŞİNİN**


TC KİMLİK NO:	38009222512
ADI SOYADI:	ZEKERİYA AKIN
TELEFON NO:	5457750072
E-MAIL ADRESİ:	Zekeriya_1872@hotmail.com
ADRES:(Resmi yazışmada kullanacağımız kurumsal adresiniz)	Sürt / Kurtalan Cumhuriyet Mah. Ethem sancak Cad. Emsaka sitesi A:blok NO:16
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ AD SOYAD:	NERMİN OLGUN
ÇALIŞMANIN BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ TARİHİ:	HAZİRAN 2016_EYLÜL 2016
ÇALIŞMAYI YAPMAK İSTEDİĞİNİZ KURUMLAR:	BATMAN BÖLGE DEVLET HASTANESİ

TARİH: 19.07.2016

İMZA



BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - BATMAN İLİ KAMU  
HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
EVRAK KAYIT BİRLİMİ  
19/07/2016 15:14 / 48245665-000-1019  
  
0002080255

 <p>Republik Türkiye Sağlık Bakanlığı Tıbbi Hizmetler Kurumu</p>	<p><b>TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU</b>  <b>BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ</b>  <b>GENEL SEKRETERLİĞİ</b>  <b>BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ</b>  <b>DEĞERLENDİRME FORMU</b></p>
---	---

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Zekeriya AKIN
Kurumu / Üniversitesi	Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahiliye Hastalıkları Hemşireliği A.D
Araştırma Yapılacak İller	Batman
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Bölge Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu	"Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedaviye Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi"
Araştırmanın Statüsü	Uzmanlık Tezi
Ön İzin Formu	(X)Var / ( )Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (X) Var / ( ) Yok Üniversite / Kurum Talebi ( )Var / (X) Yok Araştırma Yöntemi Örneği (X) Var / ( ) Yok Araştırma Detay Formu (X) Var / (X) Yok Kurumsal Kimlik Belgesi ( ) Var / (X) Yok
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Haziran-Eylül 2016
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
<p>Bölge Devlet Hastanesinden alınacak ön izin formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Araştırma Sahibi arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.</p>	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

12.11.2016

### KOMİSYON

**Komisyon Başkanı**  
Uzm. Dr. Osman SÜNGER  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

*Osman Sünger*

Üye  
Mehmet Beşir ULUTAŞ  
İdari Hizmetler Başkanı

*Mehmet Beşir Ulutaş*

Üye  
Ferhat SOYORAL  
İdari Hizmetler Uzmanı

*Ferhat Soyoral*

**EK-7**

Re: Ynt: <Konu Yok>

YG

yasemin gün



Yanıtla

8.7 (Cmt) , 21:28

Siz

Kullanabilirsiniz iyi calismalar

--

Android için Mail.Ru uygulamasından gönderildi

Perşembe, 06 Temmuz 2017, 11:10ÖS +03:00 gönderen: zekeriya akın [zekeriya\\_1872@hotmail.com](mailto:zekeriya_1872@hotmail.com):

Merhabalar Yasemin hanım

Sosyo demografik özelliklerinizi kullanmama izin verirmisiniz.

---

**Gönderen:** yasemin gün <[yasemingun@windowslive.com](mailto:yasemingun@windowslive.com)>

**Gönderildi:** 2 Temmuz 2017 Pazar 15:49

**Kime:** zekeriya akın

**Konu:** Re: <Konu Yok>



**EK-8**

**Re:**

Melek Karademir <melekgenpr@yahoo.com>

**Yanıtla**

8.6.2016 (Çar), 51:22

Siz

Merhaba,

Hill-Bone HT tedavisine uyum ölçeğini kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Melek Karademir

7 Haz 2016 tarihinde 21:30 saatinde, zekeriya akın <[zekeriya\\_1872@hotmail.com](mailto:zekeriya_1872@hotmail.com)> şunları yazdı:

MERHABALARMELEK HANIM

BEN ZEKERİYA AKIN HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEK OKULU  
DAHİLİYE BÜLÜMÜ A.D. YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİYİM

HİLL - BONE HİPERTANSİYON TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ'Nİ KULLANMAK  
İSTİYORUM. İZİN VERİRSENİZ ÇOK SEVİNİRİM

TEŞEKKÜRLER

**EK-9**

Re:

Zeynep armay<info@zeyneparmay.com>

Yanıtla

6.6.2016 (Pzt), 51:24

Siz

Memnuniyetle.

Kolaylıklar,

Dr. Zeynep Armay

Klinik Psikolog/Psikoonkolog

[mail@zeyneparmay.com](mailto:mail@zeyneparmay.com)

Prof. Orhan Ersek Sokak. Ferah Apt. No: 35 D:2 Nişantaşı

6 Haz 2016 tarihinde 11:01 saatinde, zekeriya akın <[zekeriya\\_1872@hotmail.com](mailto:zekeriya_1872@hotmail.com)> şunları yazdı:

Merhabalar ZEYNEP HANIM

Ben HASAN Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dahiliye Alanında Yüksek Lisans Yapan Bir Öğrenciyim.

İsmim Zekeriya AKIN izniniz olursa "HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ" nizi kullanmak istiyorum tezimde, izin vererseniz çok memnun kalırım.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih:16/08/2017

Tez Başlığı / Konusu: Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi  
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 54 sayfalık kısmına ilişkin, 16/08/2017 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 22 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).


Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç  
 Alıntılar dahil  
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.


Gereğini saygılarımla arz ederim.

  
16.08.2017

Adı Soyadı: Zekeriya Akın  
Öğrenci No: 154101004  
Anabilim Dalı: Hemşirelik  
Programı: Yüksek Lisans  
Statüsü:  Y.Lisans  Doktora

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

  
Prof. Dr. Nermin OLGUN

**EK-11**

## **ÖZGEÇMİŞ**

**ADI SOYADI:** Zekeriya AKIN

Batman ili Beşiri ilçesinde 1990 yılında doğdu. İlköğretim ve orta öğretimini Yunus Emre İlk Öğretim Okulundan ve lise eğitimini Beşiri Lisesinden mezun olarak tamamladı. Lisan eğitimini 2012 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Yüksekokul Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Yüksek Lisans derecesini, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programından 2017 yılında aldı. Temmuz 2012-Ocak 2013 tarihi arasın Özel Batman Dünya Hastanesi Koroner Yoğunbakım hemşireliği yaptı, Ocak 2013- Nisan 2013 tarihlerinde Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Acil servis hemşireliği yaptı, Nisan 2013-Ağustos 2013 tarihleri arası Midyat Devlet Hastanesinde Yoğunbakım hemşireliği yaptı ve Ağustos 2013'ten sonra Kurtalan Devlet Hastanesinde Yoğunbakım Hemşireliği yapmaya devam etmektedir. Evli ve iki çocuk babasıdır.