

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERİN HASTALIK  
ALGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE  
İLAÇ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

GONCA KARAKUŞ AÇIKGÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MERAL ALTIÖK

MERSİN- 2014

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERİN HASTALIK  
ALGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE  
İLAÇ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

GONCA KARAKUŞ AÇIKGÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MERAL ALTIÖK

Tez No: 258

MERSİN- 2014

## Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora/Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Doktora/Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18.07.2014

**Prof. Dr. Sabire YURTSEVER**

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkanı

**Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN**

Mersin Üniversitesi

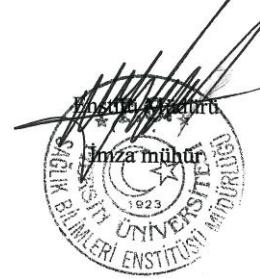
Jüri Üyesi

**Doç. Dr. Meral ALTIÖK**

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 22.07.2014 tarih ve 188. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Şekil 3. Kabul ve onay sayfası örneği.

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamasında bana destek veren Sayın Doç. Dr. Meral ALTIOK' a,

Araştırmanın yöntemi konusunda katkılarda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Semra ERDOĞAN' a,

Araştırmamı yürüttüğüm kardiyoloji polikliniklerinde görev yapan ve olumlu

İşbirliği sağladığım ekip arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılan ve sabırla soruları cevaplayan tüm hastalara,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli eşim Ramazan AÇIKGÖZ' e,

Hayatımın her aşamasında bana azmi ile örnek olan değerli babam Erol KARAKUŞ' a,

Her konuda beni destekleyen kıymetli annem Melek KARAKUŞ' a, bu güne kadar her

zaman yanımda olan kardeşlerim Oğuz ve Halil İbrahim KARAKUŞ ve arkadaşım

Gülistan TEPE' ye en içten duygularıyla teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyon	3
2.1.1. Hipertansiyonun tanımı ve epidemiyolojisi	3
2.1.2. Hipertansiyonun sınıflandırılması	6
2.1.2.1. Kan basıncı düzeylerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması	6
2.1.2.2. Hedef organ hasarının derecesine ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına göre hipertansiyonun sınıflandırılması	7
2.1.2.2.1. A Düzeyi risk grubu (düşük riskli hastalar)	8
2.1.2.2.2. B Düzeyi risk grubu (orta riskli hastalar)	8
2.1.2.2.3. C Düzeyi risk grubu (yüksek riskli hastalar)	8
2.1.2.3. Etiyolojisine göre hipertansiyonun sınıflandırılması	9
2.1.2.3.1. Primer hipertansiyon	9
2.1.2.3.2. Sekonder hipertansiyon	10
2.1.3. Hipertansiyonun risk faktörleri	10
2.1.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri	10

2.1.3.1.1. Yaş, cinsiyet ve genetik faktörler	10
2.1.3.1.2. Irk ve etnik faktörler	11
2.1.3.2. Değiştirilebilir faktörler	12
2.1.3.2.1. Dengesiz beslenme	12
2.1.3.2.2. Obezite	13
2.1.3.2.3. Fiziksel hareketsizlik	14
2.1.3.2.4. Madde kullanımı	14
2.1.3.2.5. Stres	14
2.1.3.2.6. Sosyo-ekonomik düzey	15
2.1.4. Esansiyel hipertansiyonun belirtileri	15
2.1.5. Esansiyel hipertansiyonun komplikasyonları	16
2.1.5.1. Kardiyovasküler komplikasyonlar	16
2.1.5.2. Renovasküler komplikasyonlar	16
2.1.5.3. Serebrovasküler komplikasyonlar	17
2.1.5.4. Göz komplikasyonları	17
2.1.6. Esansiyel hipertansiyonun tedavisi	17
2.1.6.1. Farmakolojik (ilaçla) tedavi	18
2.1.6.2. Nonfarmakolojik (yaşam biçimi değişiklikleri) tedavi	22
2.1.6.2.1. Sigara içiminin bırakılması	22
2.1.6.2.2. Vücut ağırlığının azaltılması	23
2.1.6.2.3. Tuz kısıtlaması	23
2.1.6.2.4. Diyet uygulamaları	24
2.1.6.2.5. Alkol alımının azaltılması	24
2.1.6.2.6. Fiziksel aktivitenin artırılması	25
2.1.6.2.7. Stresle baş etme ve gevşeme teknikleri	25
2.1.7. Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve uyumu etkileyen faktörler	26
2.1.8. Hipertansiyon yönetiminde Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının rolü	28
2.2. Hastalık algısı	30
2.2.1. Hastalık algısının bileşenleri	31
2.2.1.1. Hastalığın kimliği	32

2.2.1.2. Nedensel inanışlar	32
2.2.1.3. Zamansal inanışlar	33
2.2.1.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar	33
2.2.1.5. Sonuçlar	33
2.2.2. Hipertansiyon ve hastalık algısı	34
2.3. Konunun hemşirelik açısından önemi	35
2.4. Araştırmanın amacı	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın şekli	38
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri	38
3.3. Araştırmanın evreni	38
3.4. Araştırmanın örnekleme	38
3.5. Verilerin toplanması	39
3.5.1. Veri toplama formlarının hazırlanması	39
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu	39
3.5.1.2. Hastalık Algısı Ölçeği	40
3.5.1.3. İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu	41
3.5.1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	42
3.5.2. Veri toplama formlarının ön uygulaması	43
3.5.3. Veri toplama formlarının uygulanması	43
3.6. Verilerin değerlendirilmesi	43
3.7. Araştırmanın sınırlılıkları	44
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	75
6.1. Sonuçlar	75
6.2. Öneriler	77
7. KAYNAKLAR	80
EKLER	95
EK - 1. Kişisel Bilgi Formu	95
EK – 2. Hastalık Algısı Ölçeği	97

EK – 3. İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu	101
EK – 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	102
EK – 5. ETİK KURUL KARARI	105
EK – 6. İZİN YAZISI	108
8. ÖZGEÇMİŞ	110



## ÇİZELGELER DİZİNİ

- Çizelge 2.1. 18 Yaş ve Üstündeki Erişkinler için Kan Basıncının Sınıflandırılması
- Çizelge 2.2. Kan Basıncı Yüksekliği ile Risk Gruplarının Sınıflandırılması
- Çizelge 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri
- Çizelge 4.2.1. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Gruplarının ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puan Dağılımları
- Çizelge 4.2.2. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Dağılımları
- Çizelge 4.3.1 Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Dağılımları
- Çizelge 4.3.2. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Alt Boyutu Bulgularının Dağılımı
- Çizelge 4.3.3. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımları
- Çizelge 4.3.4 Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenlerinin Puan Dağılımları
- Çizelge 4.4.1 Hastaların Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Dağılımlarının Birbirleriyle Korelasyonu

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACEİ:	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
ARB:	Anjiotensin Reseptör Blokerleri
ASH:	A Statement by the American Society of Hypertension (Amerika Hipertansiyon Derneği Bildirimi)
BB:	Beta Bloker
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BP:	Beslenme Puanı
DKB:	Diyastolik Kan Basıncı
DNA:	Deoksiribonükleik asit
DASH:	Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmada Diyetel Yaklaşımlar)
EURIKA:	Epidemiological study of European Cardiovascular Risk Patients: Disease prevention and management in usual daily practice (Avrupa Kardiyovasküler Risk Hastaları Epidemiyolojik Çalışması: Hastalıkların Önlenmesi ve Yönetiminde Günlük Uygulama)
ESH:	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
ESC:	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
EUROASPIRE III:	European Action on Secondary and Primary Prevention through Intervention to Reduce Events (Hastalıkları Azaltmak İçin Birincil ve İkincil Önlemede Avrupa Eylem Planı)
FAP:	Fiziksel Aktivite Puanı
HT:	Hipertansiyon
INTERSALT:	International Study of Salt and Blood Pressure (Tuz ve Kan basıncının Uluslar arası Çalışması)
ISH:	International Society of Hypertension (Uluslar arası Hipertansiyon Derneği)
İTUÖ-E:	İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik
JNC-7:	The Seventh Report of the Joint National Committee (Amerika Bileşik Devletleri, Birleşik Ulusal Komitesi 7. Raporu)
KA:	Kalsiyum Antagonistleri
KVH:	Kardiyovasküler Hastalık
K:	Potasyum
KB:	Kan Basıncı
KİP:	Kişilerarası İlişkiler Puanı
LDL:	Düşük Dansiteli Lipoprotein
MGP:	Manevi Gelişim Puanı
NHANES:	National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Taraması)

Na:	Sodyum
Patent:	Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
SKB:	Sistolik Kan Basıncı
SALTürk:	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
SSP:	Sağlık Sorumluluğu Puanı
SYP:	Stres Yönetimi Puanı
SYBDÖ:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TD:	Tiyazid Diüretikleri
TEKHARF:	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TURDEP-I-II:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I-II
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

## ÖZET

### Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Alguları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki

Bu araştırma esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık alguları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumluları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya istekli, 18 yaşından büyük ve en az 6 ay önce esansiyel hipertansiyon tanısı almış 375 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastalık Algısı Ölçeği”, “İlaç Tedavisine Uyum-Öz Etkililik Ölçeği Kısa Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizde Shapiro Wilk testi, Ki\_kare analizi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.  $p<0,05$  istatistik açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %67,5’inin kadın, % 41,9’unun 50-59 yaş aralığında, %54,1’inin ilköğretim ve üstü okul mezunu olduğu, çoğunluğunun evli ve çalışmadığı belirlenmiştir. Hastaların % 88,1’nin normal kilonun üzerinde olduğu, %32,8’inin sigara kullandığı ve %83,7’sinin düzenli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt grupları puan ortalamaları düzenli ilaç kullanan/sağlık kontrollerine giden, kan basıncı kontrol altında olan, ilde ve ailesi ile birlikte yaşayan, yüksekokul ve üstü okul mezunu olan kişilerde diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlaç Tedavisine Uyum-Öz Etkililik Ölçeği toplam puanı kadın, çalışmayan ve düzenli ilaç kullanan bireylerde daha yüksek tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Araştırmamıza katılan bireylerin hastalığın başlangıcından beri en fazla baş ağrısı (%86,9) yaşadıkları tespit edilmiştir. Araştırmada esansiyel hipertansiyonu olan hastaların hastalıklarını algılama düzeyleri arttıkça, ilaç tedavisine uyumluları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirme oranlarının da arttığı saptanmıştır ( $p<005$ ).

**Anahtar Sözcükler:** Esansiyel hipertansiyon, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilaç, uyum, hastalık algısı.

## ABSTRACT

### Healthy Life Style Behaviors with Illness Perception of Individuals Who Have Essential Hypertension and Relationship Between Medicine Adaptation

This research has been done to describe healthy life style behaviors with illness perception of individuals who have essential hypertension and relationship between medicine adaptation.

Exemplification of research comprises of 375 patients applying Erciyes University Medicine Faculty Yılmaz Mehmet Öztaşkın Heart Hospital Cardiology Polyclinics and suitable for filling applications older than 18 and diagnosed essential hypertension at least 6 months ago. Dates of research have been collected as Personal Information Form, Adaptation to Medicine Treatment –Self Efficiency Short Form and Healthy Life Style Behaviors Range II. In statistical analysis, Shapiro Wilk Test, Ki Square Analysis Test, Mann Whitney U have been used  $p < 0,05$  has been found meaningful.

Patients participating in the research are %67,5 female, %41,9 are 50-59 age frequency, %54,1 primary school and over the majority is married and jobless. It has been determined that %88,1 of patients are over normal weight, %32,8 are smokers and %83,7 are regular medicine users. Healthy life style behaviors range has been found higher at regular medicine users/applying health control, blood pressure under control, living with his family and in city, high school compared to other groups ( $p < 0,05$ ). Adaptation to medicine treatment- self influence range total point has been found higher at female jobless and regular medicine users ( $p < 0,05$ ). Individuals applying to our research mostly have suffered from headache since the beginning of illness (%86,9). In the research the patients having essential hypertension. It has been detected that as they detect their illness, the adaptations of medicine treatment and performing healthy life style behaviors increase ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** Essential hypertension, healthy life style behaviors, medication, adaptation, perception of illness.

# 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kronik hastalığı “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak tanımlamaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan genetik yatkınlık, yaşam tarzı veya çevresel maruziyetten kaynaklanan hastalıklar olarak da tanımlanabilmektedir (1,2). Kronik hastalıklar tüm dünyadaki ölümlerin %63’ünü kapsamakta ve ilk sırada yer almaktadır. Bu oranın 2020 yılına kadar %73’e ulaşacağı bildirilmektedir (3). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %79’unun gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıktığı rapor edilmektedir. Bu bağlamda ülkemize bakılacak olursa ülkemizde; tüm ölümlerin %85’inden kronik hastalıklar sorumlu tutulmaktadır. Bu hastalıklar arasında %49 ile kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır (3,4).

Dünya ve ülkemiz sağlık gündemi, gerek demografik yapımızdaki değişiklikler, gerekse değişmekte olan sosyoekonomik yapıya paralel olarak bulaşıcı ve aşı ile önlenabilir hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarına doğru değişmektedir (5). Kronik hastalıkların önlenmesi ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması sürecinde doğru, ilgili ve tarafsız bilgiye erişimin sağlanması, motivasyon düzeyi ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi önemli rol oynamaktadır (6). Önlenabilir kronik hastalıkların başında hipertansiyon gelmektedir. Hipertansiyon arter içi kan basıncının artması ile karakterize genetik, edinsel etmenler ve metabolik bozuklukların birlikte rol oynadığı sendromdur (7-11). Global dünyada hipertansiyon prevalansı %40 civarında görülürken ülkemizde %31,8 olduğu belirtilmektedir (12). Hipertansiyon bu denli yüksek görülmesine rağmen kontrol oranları istenilen düzeylere getirilememiştir. Bu durumun en önemli nedenleri arasında farkındalık, tedavi olma ve tedaviye uyum oranlarının düşük olması düşünülebilir.

Yüksek kan basıncı özellikle damar endoteli, damar düz kasları etkilemektedir. Eğer kan basıncı kontrol altına alınmazsa birçok organda hasara neden olabilmektedir. Özellikle serebrovasküler olay ve koroner kalp hastalığı riskini ciddi oranlarda artırmaktadır (7,9-11,13). Bu nedenle hipertansiyonda ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemleri ve tedaviye uyum sağlanıp komplikasyonların önlenmesi gerekmektedir. Hipertansiyonun ilaç ile tedavisinde tiyazid diüretikleri (TD), kalsiyum antagonistleri (KA), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiyotensin reseptör

blokerleri (ARB) ve beta bloker (BB) olmak üzere beş ana grup ilaç yer almasına rağmen, beta blokerlerin kullanımı günümüzde tartışmalıdır (7,9,14-16,17-20). İlaç dışı tedavi (sağlıklı yaşam biçimi davranışları) arasında ise sigaranın bırakılması, vücut ağırlığının azaltılması, tuz kısıtlaması, diyet uygulamaları, alkol kullanımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, stresle baş etme ve gevşeme tekniklerini kapsamaktadır (8,10,15-17,20,21). Hastalar yaşam tarzı veya ilaç önerilerine uyumda başarısız veya isteksizse kan basıncı kontrolü sağlanamamakta ve sağlıkları; inme, kalp yetmezliği ve son dönem böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlarla kötü yönde etkilenmektedir. Günümüzde hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum hala istendik düzeyde değildir (22).

Hipertansiyon hastaları tarafından hastalığının farkında olup ciddiyetine inanma ve hipertansiyon algısının gelişmesi tedaviye uyumu olumlu etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (19,23-25). Hastalık algısı, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına gelmektedir (26,27). Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsur olarak görülmektedir (28). Hastalık algısı yüksek olan kişilerde hastalığının gidişinin daha iyi olduğu ve tedaviye uyum oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (29-32). Hipertansiyon hastalarında gerek ilaçlı, gerekse ilaçsız tedavi yöntemine uyumun sağlanması için bireylerdeki hastalık algısının hemşireler tarafından öğrenilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.

Hipertansiyonlu hastaların bakımında hemşirelerin rolü hipertansiyon yönetiminin her yönünü kapsamaktadır. Hemşirelerin hipertansiyonu ortaya çıkarma, hasta tanınması, işbirlikçi bir tedavi planı geliştirme ve izlemi sürdürmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Yapılan birçok çalışmada hipertansiyon yönetiminde hemşirenin etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu kanıtlardan hareketle hipertansif hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sağlık bakım profesyonelleri içerisinde aktif ve yönlendirici olarak yer alması gerekmektedir (23,33).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. HİPERTANSİYON

#### 2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kan, kalpten vücudun tüm bölümlerine kan damarları ile taşınmaktadır. Kalp tarafından pompalanan kanın damar duvarlarına karşı oluşturduğu basınca kan basıncı denilmektedir. Hipertansiyon, arteriyal kan basıncının yükselmesi ile karakterize bir klinik durumdur. Arteriyal basınç ise, ventriküllerden arterlere atılan kanın arter duvarına yaptığı basınçtır (7,8). Arteriyal basıncı oluşturan iki faktörden söz edilmektedir. Bu faktörler;

Kardiyak out-put; Kalbin atım hacmidir. Kan volümü ile ilişkilidir.

Periferik direnç (damar duvarının direnci); Damarların vazokontrüksiyon derecesine göre değişebilir. Periferik damar direncini arttıran faktörler; tonüs artışı ve arter duvarının kalınlaşmasıdır.

$P$  (kan basıncı) = Volüm x Periferik direnç

Arteriyal kan basıncı klinik olarak ölçüldüğü zaman ayrı ayrı iki değer halinde ifade edilir. Bunlar;

Sistolik kan basıncı; Ventrikül sistolü sırasında kalbin perifere attığı kanın arter duvarına yaptığı basınçtır.

Diyastolik kan basıncı; Ventrikül diyastolü sırasında damar duvarının kana karşı oluşturduğu dirençtir (7-11).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2013 raporunda; sağlıklı bireyler için sistolik kan basıncı 120 mmHg ve diyastolik kan basıncı 80 mmHg olarak kabul edilmektedir (8). Amerika Bileşik Devletleri, Birleşik Ulusal Komitesi 7. Raporunda (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JNC-7) bu değerleri normal kabul etmektedir (14). WHO ve JNC-7 hipertansiyonu, 18 yaş üzerindeki yetişkinler için SKB' nin 140 mmHg, DKB' nin 90 mmHg veya üzerinde olması olarak tanımlamaktadır (8,14). En son yayınlanan JNC-8 kılavuzunda da aynı değerler sınır kabul edilirken, A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension



(ASH/ ISH) 2014 kılavuzunda ise 80 ve üzeri yaş grubunda sistolik kan basıncını 150 mmHg kadar normal kabul etmektedir (15,16).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı kronik hastalıklar raporuna göre; 2008 yılında 57 milyon insan hayatını kaybetmiş ve bunların % 63'ü kronik hastalıklara bağlanırken, kardiyovasküler hastalıklar % 49 ile ilk sırada yer almaktadır (4). Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada yüksek oranda morbidite ve mortaliteye yol açan hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklar arasında yer alan hipertansiyon; tüm dünya ülkelerinde yaygın ve üzerinde durulması gereken, toplum sağlığını en çok tehdit eden, yüksek oranda morbitide ve mortaliteye yol açan kronik hastalıkların başında gelmektedir (1-5).

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır (4,17,34,35). Raporlarda her yıl yaklaşık 30.000 ölümden sorumlu olduğu ve ani ölüm öncesi hastalık göstergesi olmadığı için “sessiz öldürücü” olarak isimlendirilmektedir (7-11,18). Hipertansiyon aynı zamanda dünyada en yaygın kardiyovasküler hastalık olup gelişmiş ülkelerdeki erişkin nüfusun %20-50 'sini etkilemektedir. 2013 yılı verilerine göre Amerika'da yaklaşık 77,9 milyon yetişkinin (her üç kişiden biri) hipertansiyona sahip olduğu ve bu oranın 2030 yılında % 7,2 artacağı tahmin edilmektedir (36). Amerika' da 2009 yılında hayatını kaybeden 61.762 kişinin ölüm nedenlerine bakıldığında hipertansiyonun birinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (37).

Hipertansiyon prevalansı özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir. 1980 yılında Avrupa'da hipertansiyon prevalansı yetişkinlerde %40, Amerika da % 31 olarak görülürken, 2008 yılında sırasıyla % 30 ve % 23 altına düşmüştür. Buna karşılık Afrika 'da yetişkinlerin % 40 'ının yüksek kan basıncına sahip olduğu ve bu oranın artacağı tahmin edilmektedir (8,16,36). Hipertansiyon görülme oranı yaş, cinsiyet ve yaşanılan bölgeye göre farklılık göstermektedir.

Amerika, Kanada ve İngiltere'de 2006-2010 yılları arasında hipertansiyon prevalansı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolü için yapılan çalışma sonucunda hipertansiyon prevalansının; Kanada'da % 19,5, Amerika'da %29 ve İngiltere'de % 30 olduğu ve yaşla birlikte arttığı bulunmuştur (38). İspanya'da ise 2008-2010 yılları arasında yapılan çalışma sonucuna göre, hipertansiyon prevalansı % 33,3 olarak tespit

edilmiştir (39). 1993-2013 yılları arasında 23 Afrika ülkesinde yapılan prevalans çalışmasında ise hipertansiyonun geniş bölgelere yayıldığı ve kırsal alanlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (%48,1). Kırsal alanda yaşayan 70 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansının ortalama % 70 civarında olduğu tespit edilmiştir (40).

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de hipertansiyon görülme oranı yüksek ve yaş, cinsiyet ve yaşanan bölgeye göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili yapılan ilk çalışma Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasıdır. TEKHFARF çalışmasında 1991 yılında arter basıncı 140/90 mmHg veya daha yüksek olan erişkinlerin oranı kentsel kesimde %31,7, kırsal kesimde %36,4, Türkiye genelinde ise %33,7 bulunmuştur. TEKHFARF çalışmasında, 1990-2000 yılları arasındaki 10 yıllık süreç içinde, Türkiye genelinde yaştan bağımsız olarak ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncının erkeklerde +4,4/+2,7 mmHg, kadınlarda +6,4/+4,2 mmHg yükseldiği belirlenmiştir. 2007/2008 çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı erkeklerde % 37,7, kadınlarda ise % 46,3 olarak bulunmuştur. Buna göre ülkemizde halen yaklaşık 4,7 milyon erkek ve 6,3 milyon kadında hipertansiyon bulunduğu tahmin edilmektedir (41).

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışma PatenT çalışması olup bu çalışmada hipertansiyon prevalansı %31,8 bulunmuştur. Hipertansiyon prevalansının yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir. Kırsal yerleşim bölgelerinde ise hipertansiyon prevalansının (% 32,9 ) kentlere göre (% 31,1) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (12). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I (1997-98 TURDEP-I Çalışması) sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı % 28,9 bulunurken (42), 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasının sonuçlarına göre ise hipertansiyon prevalansı %31,3 olarak bulunmuştur (43). Yine ülkemizde yapılan diğer önemli çalışmalarda da hipertansiyon prevalansının oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir (44,45).

Ülkemizin de içinde bulunduğu 17 Avrupa ülkesinde, bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerde, kardiyovasküler risk faktörlerinin günlük klinik uygulamada nasıl yönetildiğini ve potansiyel iyileştirme alanlarını belirlemeyi hedefleyen, EURIKA çalışmasında ( Epidemiological study of European Cardiovascular Risk patients: Disease Prevention and Management in Usual Daily Practice);

Türkiye’den alınan hastalardaki en sık risk faktörü % 66,5 ile hipertansiyon olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan diğer Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde en sık risk faktörü yine hipertansiyondur ve Avrupa ortalaması % 71,9 olarak bulunmuştur (46).

Hem dünyada hem ülkemizde hipertansiyon görülme oranı bu denli yüksek olmasına rağmen kontrol oranları istenilen düzeye getirilememiştir (38-44). Ülkemizde hipertansiyon prevalansı yüksek olmasına karşın kontrol oranı TEKHARF 2007/’08 verilerine göre % 14’tür. Ülkemizde her beş hipertansiyonu olan bireyden üçü antihipertansif ilaç kullanmaktayken, ilaç alanlardan %58’inde kan basıncının tam kontrol altına alındığı, %24’ünde ise hafif hipertansiyon düzeyine düşürüldüğü tespit edilmiştir (41). Sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg’lık ve diyastolik kan basıncındaki her 10 mmHg’lık artış, hem KKH’ ye hem de inmeye bağlı ölüm oranlarını iki katına çıkardığı göz önüne alınırsa hipertansiyon vakalarında farkındalık, tedavi olma ve tedaviye istenilen düzeyde uyum gösterme ön plana çıkmaktadır (37).

## **2.1.2 Hipertansiyonun Sınıflandırılması**

Erişkinlerde kan basıncı derecesinin sınıflandırılması niteldir. Hipertansiyonun sınıflandırılmasının tanı ve tedavisinde kolaylık sağlamasından dolayı önemlidir. Hipertansiyon kan basıncı düzeylerine, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına ve etiyojisine göre üç gruba ayrılmaktadır (10,17,19,47).

### **2.1.2.1. Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması**

Kan basıncı, toplumda farklı dağılım göstermekte ve kardiyovasküler riskle ilişkisi bulunmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon sözcüğü bilimsel olarak sorgulanabilir hale gelmekte ve sınır değerlere dayalı sınıflandırma gerektirmektedir (17,19,48). Avrupa Hipertansiyon ve Kardiyoloji Derneği tarafından 2013 yılında yayınlanan kılavuza göre erişkinlerin kan basınçları optimal, normal, yüksek-normal ve hipertansiyon olarak dört dereceye ayrılmıştır. Ek olarak, hipertansiyon da kan basıncı düzeylerine göre 3 evreye ayrılmıştır. Sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzeri, diyastolik kan basıncı da 90 mmHg altında olduğunda izole sistolik hipertansiyondan söz edilmektedir. Bu sınıflandırma Tablo 1’de verilmiştir (17). ASH/ ISH 2014 kılavuzunda ise optimum ve yüksek normal kan basıncı prehipertansiyon olarak adlandırılırken hipertansiyon 2 evreye ayrılmıştır (16). JNC-8 raporunda ise

hipertansiyon ve prehipertansiyon sınırları tam olarak verilmeyip farmakolojik tedavi sınırları verilmiştir (15).

Çizelge 1. 18 Yaş ve Üstündeki Erişkinler İçin Kan Basıncının Sınıflandırılması

KATEGORİ	SİSTOLİK mmHg		DİYASTOLİK mmHg
Optimum	<120	Ve	<80
Normal	120-129	Ve /veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	Ve/veya	85-89
Evre 1 HT (hafif)	140-159	Ve/veya	90-99
Evre 2 HT (orta)	160-179	Ve/veya	100-109
Evre 3 HT (ağır)	≥180	Ve /veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	Ve	<90

#### 2.1.2.2. Hedef Organ Hasarının Derecesine ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir. ESH/ESC Kılavuzları toplam kardiyovasküler riski “düşük”, “orta derece”, “yüksek” ve “çok yüksek risk” olarak derecelendirmiştir. (15,17,48).

Yüksek normal kan basıncı ile birinci, ikinci ve üçüncü evredeki hastalar A,B,C düzeyi risk gruplarına ayrılır. Bu sınıflamada diyabetin varlığı, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık ile eşdeğer tutulmaktadır. Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olma, sigara içme, total kolesterolün 190 mg/dl, LDL-kolesterolün 115 mg/dl ‘nin üzerinde olması, diyabet, serebrovasküler ya da kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile

öyküsü ve obezite hipertansiyon yönünden majör risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (10,47,48).

Sol ventrikül hipertrofisi, angina ya da geçirilmiş miyokard infarktüsü öyküsü, girişimsel koroner arter hastalığı tedavisi almış olma, kalp yetersizliği, inme veya geçici iskemik atak geçirmiş olma, nefropati, periferik arter hastalığı ve retinopatinin varlığı hedef organ hasarının olduğunu gösterir (10,47,48).

Kardiyovasküler risk faktörleri varlığı ve hedef organ hasarı varlığına göre A düzeyi, B düzeyi ve C düzeyi risk grubuna ayrılır (10,47,48).

#### **2.1.2.2.1. A Düzeyi Risk Grubu (Düşük Riskli Hastalar)**

Yüksek- normal hipertansiyona sahip bir ya da iki risk faktörüne sahip kişileri ve Evre I hipertansiyonu olan, herhangi bir risk faktörüne sahip olmayan, hedef organ hasarına uğramamış 55 yaşından genç erkek ve 65 yaşından genç kadınları içermektedir. Bu olgularda 10 yıl içinde KVH geçirme riski %10'un altındadır (10,15,17,48-50).

#### **2.1.2.2.2. B Düzeyi Risk Grubu (Orta Riskli Hastalar)**

Yüksek- normal hipertansiyona sahip üçten fazla risk faktörüne sahip kişileri ve Evre I hipertansiyonu olan, bir ya da iki risk faktörüne sahip kişileri ve Evre II hipertansiyonu olan, herhangi bir risk faktörüne sahip olmayan hastaları içermektedir. Bu olgularda 10 yıl içinde KVH geçirme riski %15 civarındadır (10,15,17,48-50).

#### **2.1.2.2.3. C Düzeyi Risk Grubu (Yüksek Riskli Hastalar)**

Yüksek- normal hipertansiyonu olan, kronik hastalıkla birlikte organ hasarı olan kişileri, Evre I, II ve III hipertansiyonu olan, hedef organ hasarı olan, kardiyovasküler hastalarına sahip veya diabetes mellituslu hastalardan oluşmaktadır. Bu grupta 10 yıl içinde KVH geçirme riski %20 ve üzerindedir (10,15,17,48-50).

Çizelge 2. Kan Basıncı Yüksekliği ile Risk Gruplarının Sınıflandırılması

Diğer Risk Faktörleri, Asemptomatik Organ Hasarları veya Hastalıklar	Kan Basıncı (mm/Hg)			
	Yüksek normal SKB 130-139 veya DKB 85-89	1. derece HT SKB 140-159 veya DKB 90-99	2. derece HT SKB 160-169 veya DKB 100-109	3. derece HT SKB $\geq$ 180 veya DKB $\geq$ 110
Başka risk faktörü yok		Düşük risk	Ortalama risk	Yüksek risk
1-2 Risk faktörü	Düşük risk	Ortalama risk	Ortalama-Yüksek risk	Yüksek risk
3 veya daha fazla risk faktörü	Düşük-Ortalama risk	Ortalama-Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk
OH, KBY ( Evre 3) veya DM	Ortalama-Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek-çok yüksek risk
Semptomatik KVH, KBY (Evre 4 veya daha yüksek) ve DM (Organ hasarı veya diğer risk faktörleri ile birlikte)	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk

SBK: Sistolik Kan Basıncı; DKB: Diyastolik Kan Basıncı; HT: Hipertansiyon; OH: Organ Hasarı; KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği; DM: Diabetes Mellitus

### 2.1.2.3. Etiyolojisine Göre

Hipertansiyon etiyolojisine göre esansiyel (primer, idyopatik, nedeni bilinmeyen, birincil) ve sekonder (ikincil, nedeni bilinen) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (7,9-11,16,19,50).

#### 2.1.2.3.1. Esansiyel (Primer) Hipertansiyon

Tam olarak nedeni bilinmeyen hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Genetik bir yatkınlık ve buna eklenen endüstrileşme, şehirlerde yaşama, beslenme alışkanlıkları, obezite, aşırı tuz alımı, alkol kullanımı, stres gibi çevresel ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Hipertansiyonu olan olguların yaklaşık % 90-95'inin primer hipertansiyonu mevcuttur (7,9-11,51-54).

### **2.1.2.3.2. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon**

Hipertansiyon gösterilebilir bir nedene bağlı ise sekonder hipertansiyondan söz edilmektedir. Nedenin saptanarak ilaç ya da cerrahi yolla tedavi edilmesi ile hipertansiyonun düzeltilebilir olması etyolojiyi ortaya koyabilme çabalarına özel bir önem kazandırmaktadır. Sekonder hipertansiyon tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık % 5-10'unu oluşturmaktadır. Sekonder hipertansiyon çoğunlukla renal, endokrin, nörolojik hastalıklar, aort kaortasyonu, gebelik, akut stres, intravasküler volüm artması, alkol ve ilaç kullanımına bağlı olarak meydana gelmektedir (7,9-11,53-57).

### **2.1.3. Hipertansiyonun Risk Faktörleri**

#### **2.1.3.1 Değiştirilemeyen Faktörler**

##### **2.1.3.1.1. Yaş, Cinsiyet ve Genetik Faktörler**

Yaşlılıkla birlikte arterlerde akışkanlıkta hassasiyet artmakta ve arterdeki kan miktarında değişiklikleri barındırma yeteneği (kompliyans, uyum) değişiklik göstermektedir. Bu değişikliklerden dolayı yaşlı bireylerin arterleri daha serttir ve böylelikle kanın damar duvarına yaptığı basınç artmaktadır (7,9-11,14,16,17,58,59). Hipertansiyon ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar toplumlarda yaşla birlikte hipertansiyon gelişme sıklığının arttığını göstermektedir (36-40,60-65). ABD'nde 65 yaş üstünü kapsayan National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003-2004 raporuna göre hipertansiyon prevalansı % 70,8'dir (65). Ülkemizde de hipertansiyonla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyon görülme oranının arttığı tespit edilmiştir (12,43,41).

Hipertansiyon sıklığının yaşa paralel olarak arttığı ve tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü dikkat çekmektedir (12,41,45,62-64,66,67). 30-39 yaş aralığına kadar erkeklerden pek farklı bir basınç düzeyi görülmeyen kadınlarda, 40 yaşından itibaren kan basıncının daha yüksek düzeyde seyrettiği belirlenmiştir (47,66). Ülkemizde 2003 yılında gerçekleştirilen PatenT çalışması verilerine göre, Türk toplumunda hipertansiyon prevalansının kadınlarda % 36,1 erkeklerde ise % 27,7 olduğu tespit edilmiştir (12). Sağlık bakımından bu önemli

farkın nedeni ilerleyen yaşlarda kadınların menopoza girmesi olarak düşünülmektedir. Kan basıncının menopoza bağlı olarak artmasının nedeni östrojende azalma, hipofiz kaynaklı hormonların aşırı üretimi, kilo alımı olarak görülmektedir. Ayrıca kadınlarda oral kontraseptif kullanımı ile kan basıncı bir miktar yükseldiği ancak sorumlu mekanizmanın çok net olarak bilinmemektedir (17,22,66).

Aynı aile içinde hipertansiyonu olan farklı kuşakların bulunuşu hastalıkta kalıtımın rolünün olduğunu ortaya koymaktadır (9,10). Kalıtım ve aile öyküsünün hastalığın gelişimi ile ilişkisinin nasıl olduğu tam açık olmamasına rağmen bazı faktörlerin riski yeterince artırdığı bilinmektedir, bu yüzden aile öyküsü olan kişilerde yaşamlarının ikinci on yılında kan basıncına bakılması tavsiye edilmektedir (7,18). Yapılan birçok çalışmada ailesinde hipertansiyon öyküsü olan kişilerde olmayanlara göre daha sık hipertansiyon görüldüğü belirlenmiştir (63-65,67).

#### **2.1.3.1.2. Irk ve Etnik Faktörler**

Hipertansiyon Afrika kökenli Amerikalılarda diğer etnik gruplara göre daha fazla görülmektedir. Bu durumun sebepleri bilinmemesine rağmen süregelen çalışmalarda renin ile HT arasındaki ilişkiye bakılmaktadır (7,9,18). ABD’deki erişkin siyah ırktan kişilerde kan basıncı düzeyleri siyah olmayanlardakinden daha yüksektir ve dolayısıyla da daha fazla hipertansiyon görülmektedir. Bunun nedeni; intrauterin gelişme geriliği nedeniyle düşük doğum ağırlığı insidansının daha yüksek olması, strese karşı aşırı yanıt verme özelliği ve bozulmuş nitrik oksit kaynaklı vazodilatasyon gelişmesi, ayrıca söz konusu topluluğun daha düşük sosyo-ekonomik koşulları ve gerekli sağlık hizmetlerine daha az erişebilmeleridir. Hipertansiyon prevalansının daha yüksek olması, olasılıkla hem genetik hem de çevresel etmenleri yansıtmaktadır (16,17,19,58). Aynı zamanda siyah ırktan gençlerdeki yüksek ölçümlerin çoğu, vücut boyutları ve ağırlığının daha fazla olmasına bağlanmaktadır (68). 2008 NHIS araştırması sonuçlarına göre 18 yaş ve üstü bireylerde hipertansiyon görülme oranı; siyah etnikte % 31,8, Indian/Alaska yetişkinlerde %25,3, beyaz etnikte %23,3 iken Asya ‘da %21 olarak tespit edilmiştir (69). Amerika ‘da siyah ırkta hipertansiyon prevalansı beyazlara oranla daha yüksek bulunmuştur. 1988-1994 ve 1999-2002 yılları arasında siyahlarda hipertansiyon prevalansı % 35,8 ‘den % 41,4 ‘e yükselirken, beyazlarda ise % 24,3 ‘ten %28,1 ‘e yükselmiştir (37).



## 2.1.3.2. Değiştirilebilir Faktörler

### 2.1.3.2.1. Dengesiz Beslenme

Yüksek tuz alımı ile HT arasındaki bağlantı yıllardır araştırılmaktadır. Biliniyor ki, tuz damardaki akışkanlığı tutmakta böylelikle volüm artmaktadır. Sodyum alımı, sıvı hacmini ve ön yükü artırıp bu yoldan kalp debisini artırarak ve damarsal reaktiviteyi etkileyerek hipertansiyonun oluşmasına neden olmaktadır (16,17,19,22,70). Yapılan birçok çalışmada tuz alımının artmasıyla kan basıncı değerinin arttığı, tuz alımının azaltılmasıyla kan basıncı değerinin azaldığı bulunmuştur (64,71-75). INTERSALT alışması, sodyumun kan basıncıyla ilişkisi üzerine 32 ülkede yapılıp yayınlanmış en yaygın epidemiyolojik çalışmadır. Bu çalışmada kan basıncının sodyum alımı 100 mmol/gün kadar azaltıldığında, ortalama SKB/DKB' nında 4,5 /2,3 mmHg kadar düştüğü tespit edilmiştir (75). Türk toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı araştırma grubu (SALTurk) tarafından yönetilen 14 ilde yapılan çalışma sonucunda her 100 mEq/gün sodyum alımının (6 gr tuz) SKB/DKB' nda 3,5 /2,5 mmHg arttırdığı belirlenmiştir. (74).

Güncel araştırmalarda sodyum (Na) ve potasyum (K) arasındaki ilişki ve onların birlikteliği kan basıncını etkilemektedir. Diyetle yüksek K alındığında Na'nın vücuttan atılımı artmaktadır (7,17,18). Geleijne ve ark. (71) alışmalarında K alımının artmasıyla (ort. 44 mmol/24 h) SKB 'da 2,42 mmHg, DKB 'da ise 1,57 mmHg azalma olduğunu belirlemişlerdir.

Bilindiği üzere erişkin vücutu % 99'u iskelet sisteminde bulunan yaklaşık 1200 gr. kalsiyum içermektedir. Kalsiyum sinir iletimi, kas kasılması, kan pıhtılaşması ve membran geçirgenliğini içeren çeşitli vücut fonksiyonlarını etkilemektedir. Kan seviyeleri, çeşitli hormonların (paratiroid, kalsitonin) etkileri yoluyla düzenlenmektedir. Bu hormonlar, kalsiyum emilimi ve atılımıyla kemik metabolizmasını kontrol etmektedir. Kalsiyum ile kan basıncı arasında ters bir ilişki vardır. Hipertansiyonu olan bireylerin plazmasında kalsiyum düzeylerinde düşüş eğilimi gözlenmektedir. Buna paralel olarak paratiroid hormon salgısının ve idrarla atılan kalsiyum miktarının arttığı belirlenmiştir. Serum kalsiyumunun azalması ile gelişen hiperparatiroidinin hipertansiyon etiyolojisinde rol oynadığı düşünölmektedir (9,10,22). Dört yıl süren ve 60.000 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada 800 mg/gün veya daha fazla kalsiyum

alanlarda 400 mg/gün veya daha az alanlara göre hipertansiyon gelişme riski %23 daha az bulunmuştur (76).

Magnezyum birçok enzimin kofaktörüdür. Aerobik ve anaerobik enerji temini, glikoliz, membran fonksiyonları, DNA ve RNA sentezi için gereklidir. Vücutta magnezyum azaldığında intrasellüler sıvıda kalsiyum miktarı artmakta ve buna bağlı olarak düz ve iskelet kaslarında kontraksiyon meydana gelip, kan basıncı yükselmektedir (9,10,70).

Kahve ve çayda doğal olarak kafein bulunmaktadır. Yapılan bir araştırma sonucuna göre erişkinlerin % 80 kadarının kahve, çay içinde aldığı kafein, hem sistolik hem de diyastolik kan basınçlarını birkaç saat süreyle 5-15 mmHg yükseltmektedir (77). Hacıoğlu (78) günde 3-4 fincan kadar kahve tüketenlerin %44,4'ünün hipertansiyon tanısı aldığını belirlemiştir.

#### **2.1.3.2.2. Obezite**

Obezite vücutta aşırı miktarda yağ birikimi ve depolanması durumudur (77). Obezite hipertansiyon gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (7-11,16,17). Obeziteyle birlikte hipertansiyonun ilerleme sıklığı %20-30 artmaktadır (79). 4,5 kg almakla sistolik kan basıncı erkeklerde 4,4 mmHg, kadınlarda ise 4,2 mmHg artmaktadır (80).

Beden kitle indeksi (BKİ) ve kardiyovasküler mortalite arasındaki bu ilişkinin sonucunda WHO, Beden kitle indeksini dört kategoride tanımlamıştır. Zayıf (BKİ <18,5 kg/m<sup>2</sup>), normal (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>), kilolu (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>), obez (30-34,9 kg/m<sup>2</sup>) ve morbid obez (35-39,9 kg/m<sup>2</sup>) olarak sınıflandırılmıştır (81). EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye sonuçlarında; hipertansif hastaların ortalama BKİ'nin 28,6 kg/m<sup>2</sup> ve çoğunun fazla kilolu olduğu (%83,6) tespit edilmiştir (82). PatenT çalışmasının sonuçlarına göre; BKİ 25-26,9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda hipertansiyon prevalansı % 36,1, BKİ 30-39,9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda ise % 61,2 olarak tespit edilmiştir (12).

Tanyeri ve ark.(83) 'nin obezite prevalansı ve obezite-arteriyel kan basıncı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarında; kadınlarda obezite prevalansının %73,3, erkeklerde %66,2, toplam obezite prevalansının ise % 69,8 olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada obez bireylerin %43,7'sinin, normal bireylerin ise %17,3'ünün hipertansif olduğu belirlenmiştir (83).

### **2.1.3.2.3. Fiziksel Hareketsizlik**

Fiziksel aktivite tüm kardiyovasküler hastalık riski üzerinde olduğu gibi kan basıncı üzerinde de önemli etkiye sahiptir. Fiziksel aktivite kan lipid düzeyi, vücut ağırlığı ve kan glikoz düzeyi üzerinde yararlı etki oluşturmasının yanı sıra oksijen kullanım yeteneği de artırmaktadır (7,16-18,22). Öztürk ve ark. (64) günlük fiziksel aktivite düzeyleri normal ya da hafif olanlarda hipertansiyon oranının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Alsairafi ve ark. (84) fiziksel aktivitenin kan basıncı üzerindeki etkisini saptamak için yaptıkları çalışma sonucuna göre kontrolsüz hipertansiyon riski, haftada 3 günden az egzersiz yapanlarda 8.34 kat, boş zamanlarında aktif olmayanlarda 5.71 kat ve işte daha az aktif olanlarda 3.52 kat daha yüksek bulunmuştur.

### **2.1.3.2.4. Madde Kullanımı**

Sigara dumanı içinde bulunan nikotin ve karbonmonoksit kısa vadede kalp hızını, kan basıncını ve kalbin kasılma gücünü artırmaktadır. Sigara dumanı, damar endotelinde hasara yol açıp, kanın pıhtılaşma özelliğini artırarak, ateroskleroza hızlandırmaktadır (9,10,16,17,85). Nikotin damarlarda pressör etki yaratmasından dolayı hipertansiyon görülme oranını artırmaktadır (19).

### **2.1.3.2.5. Stres**

Stres kan basıncının akut ve kronik yükselmesine katkıda bulunan önemli bir çevresel faktördür (9,10,16,17). Fareler üzerine yapılan deneysel bir çalışmada fareler, bir stres kaynağı olan aşırı kalabalık toplu kafeslere konulmuş; bu durum grubun tümünde KB düzeyini yükselttiği tespit edilmiştir (22). Ruthledge ve Hogan (86) esansiyel hipertansiyon gelişimi ve psikolojik stres arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 1972–2000 yılları arasında yayınlanmış 15 çalışmanın verilerini gözden geçirmişlerdir. Sonuç olarak hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stres düzeyi yüksek olan kişilerde diğerlerine göre sekiz kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Levenstein ve ark. (87) hipertansiyon gelişimine katkıda bulunan psikososyal faktörleri incelemişlerdir. Düşük gelirli mesleğe sahip olma ve işsizlik, özellikle erkeklerde

hipertansiyon gelişimi ile ilişkili bulunurken, sosyal dışlanma, depresif yakınmalar ise kadınlarda hipertansiyon ile ilişkili bulunmuştur.

#### **2.1.3.2.6. Sosyo-Ekonomik Düzey**

Hipertansiyon prevalansı toplumların sosyoekonomik düzeyi ile yakından ilişkilidir. Bir toplumun sosyal ve ekonomik düzeyi o toplumun sağlık düzeyini etkileyen en önemli faktörlerdendir. Gelişmekte olan ülkelerde hızlı kentleşmeye bağlı olarak yağ, şeker ve kaloriden zengin diyet içeriği, teknolojik gelişmelere bağlı fiziksel aktivite azlığı, çalışma hayatı ve geçim sıkıntısının yol açtığı stres hipertansiyon oranlarının artışında etkili faktörlerdir (9,10,16,17,88). Batı toplumlarında eğitim düzeyi düşük kişilerde sigara içme, diyetteki Na/K oranı daha yüksektir. Bu bireylerde obeziteye yatkınlık, alkol alımı ve hipertansiyon görülme oranı daha fazladır (89). PatenT sonuçlarına göre; kırsal alanda hipertansiyon görülme sıklığı (%38,1 kadın, %28,9 erkek) kentsel alandan (%35,2 kadın, %26,7 erkek) daha yüksek tespit edilmiştir (12).

#### **2.1.4. Esansiyel Hipertansiyonun Belirtileri**

Hipertansiyona ilişkin ciddi hedef organ hasarları oluşana kadar hipertansiyon ile ilgili çok az belirti ve bulgu görülmektedir. Hipertansiyona ilişkin tek bulgu arter kan basıncının yüksek bulunmasıdır. Hipertansiyon vasküler sistemin bir hastalığı olduğundan, damarsal olarak zengin dokular özellikle etkilenmektedir. Bu organlar; beyin, kalp, gözler ve böbreklerdir. Hipertansiyon araştırması yapılırken arter kan basıncı değerlerinin yanı sıra bu organlarda hasara yol açıp açmadığı da kapsamlı olarak değerlendirilmelidir.

Hastalarda kan basıncının en yüksek olduğu sabah saatlerinde oksipital baş ağrısı, tinnitus (kulak çınlaması), vertigo, epistaksis görülmektedir. Kalbin etkilenmesi ile çarpıntı, dispne, ortopne, beynin etkilenmesine bağlı olarak; parastezi, mental bozukluklar, şiddetli baş ağrısı, dalgınlık, kusma, serebrovasküler olay, koma ve hemipleji görülmektedir. Gözün etkilenmesi ile; retina ve görme sorunları, böbreğin etkilenmesine bağlı olarak ise noktüri, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar görülebilmektedir (7-11,16-18,36).

### **2.1.5. Esansiyel Hipertansiyonun Komplikasyonları**

Hipertansiyon uzun bir süre içinde gelişti ise bireyin genellikle bir yakınması yoktur. Bu durumda tanı tesadüfen genel bir kontrolde konabilir ya da hipertansiyonun etkilediği organlara ilişkin yakınmalar ile hastalık saptanabilmektedir (9,10). 420.000 hastanın 6-25 yıl izlendiği 9 çalışmanın meta analizinde 5 mmHg ve daha yüksek diyastolik kan basıncı değerlerinin serebrovasküler olay riskini % 34, koroner kalp hastalığı riskini ise en az % 21 oranında artırdığı tespit edilmiştir (90). Yüksek kan basıncı özellikle damar endoteli, damar düz kasları ve bağ dokusunu etkilemektedir. Büyük ve orta büyüklükteki damarlar ve arteriollerde ateroskleroz oluşma hızını artırmakta ve damar düz kasları kan basıncı değişikliklerine damarların kasılıp gevşeyerek uyum sağlamasını kontrol etmektedir. Hipertansiyonun arter duvarında yaptığı temel yapısal değişiklik, özellikle direnç arteriyollerinde gözlenen anormal hiperplazi ve hipertrofi yanıtıdır. Hipertansiyona bağlı gelişen hedef organ hasarlarında, bu yanıtın yansıması olan küçük damar arteriyosklerozunun rolü vardır. Ancak hipertansiyona bağlı gelişen diğer arter lezyonları (hiyalin arteriyoskleroz, serebral arteriyollerde miliyer anevrizma, ateroskleroz veya nodüler arteriyoskleroz ve kistik mediyal nekroz) da organ hasarına katkıda bulunmaktadır (7,9-11,13).

#### **2.1.5.1. Kardiyovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyonun kalp üzerindeki etkileride, doğrudan hipertansiyonun artırdığı art yük (afterload) artışının sonucu gelişen sol ventrikül hipertrofisine ya da hipertansiyonun gelişimine katkıda bulunduğu ve hızlandırdığı ateroskleroza bağlı olmaktadır. Hipertansiyonun kalp üzerinde yaptığı ilk etkiler fonksiyonel değişikliklerdir. Bunlar ya sistolik fonksiyonlarda artış ya da daha sık olarak diyastolik fonksiyonlarda bozulma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hipertansiyonda sol kalbin sürekli olarak normalden fazla bir dirence karşı çalışması, zamanla sol ventrikülde kalınlaşmaya ve büyümeye neden olarak sol kalp yetmezliği oluşturabilmektedir (7,9-11,13,18,70).

#### **2.1.5.2. Renovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansif hastalarda ve hatta kan basıncı çok hafif yükselmiş bireylerin çoğunda böbreklerde hem yapısal hem de fonksiyonel bozukluklar meydana

gelmektedir. Hafif hipertansiyonda böbreklerde afferent arteriyollerin duvarında fibrozis ve hiyalinizasyon ile karakterize hipertansif nefroskleroz belirlenmektedir. Hipertansif hastalarda böbrek tutulumu genellikle asemptomatiktir ve böbrek yetmezliği gelişinceye kadar da belirti gözlenmemektedir. İlk belirti noktüriye yol açan konsantrasyon defektidir. İlk objektif bulgu ise mikroalbuminüridir. Bunun yanında mikroalbuminüri hem böbrek hasarının ilerleyici karakterini hem de genel kardiyovasküler morbiditeyi yansıtan bir belirteçtir (8,13,70).

### **2.1.5.3. Serebrovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyona bağlı olarak beyin kanlanmasını sağlayan arterlerde hipertrofi ve yeniden biçimlenme meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, vazokonstriksiyona yol açarken, vazodilatasyonu engelleyip, beyin otoregülasyonunun bozulmasına yol açmaktadır. Arter kan basıncının ani olarak artışları sonucu beyin otoregülasyonun bozulması ve hipertansif ensefalopati ortaya çıkmaktadır (7,10,13,70). Hipertansiyon, inme ve geçici iskemik atak için önemli bir risk faktörüdür. DKB' ndaki 5-6 mmHg' lık bir düşmenin, inme olasılığını %42 oranında azalttığı bulunmuştur (41).

### **2.1.5.4. Göz Komplikasyonları**

Retina vücuttaki kan damarlarının direkt olarak gözlenebileceği tek bölgedir Bu nedenle hipertansiyona bağlı gelişen arteriyal değişiklikleri incelemek açısından oldukça önemlidir. Hipertansiyona bağlı olarak retina damarlarının çapında daralma, retina kanamaları, fokal spazmlar, eksüda oluşumu, lokal enfarktüsler ve optik fundusta ödem oluşmaktadır. Bu değişiklikler retinopati olarak adlandırılmaktadır (7,10,13,70).

### **2.1.6. Esansiyel Hipertansiyonun Tedavisi**

Hipertansiyon tedavisinde asıl amaç, uzun dönemde meydana gelebilecek komplikasyonları azaltmaktır. Bu amaç ancak, arteriyal kan basıncını 140/90 mmHg veya hatta daha düşük düzeyde elde etme ve sürdürmeyle ölüm ve komplikasyonları önlemekle sağlanabilmektedir (9-11,14-17,36,70). En son yayınlanan JNC-8 Kılavuzunda 60 yaş ve üzeri kişilerde, ASH/ISH 2014 Kılavuzunda ise 80 yaş ve üzeri kişilerde tedaviye başlama sınırı 150/90 mmHg olarak belirtilmiştir (15,16). Hipertansiyonun uygun kontrolü, inme, kalp ve böbrek yetersizliğine bağlı ölümleri

azaltmaktadır (9-11,14-17,70,91). Hipertansiyonu önleyebilmek ve tedavi edebilmek için öncelikle sık görülen ve önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan bu hastalık konusunda farkındalığın sağlanması, hastalara tanı konması ve tedavinin izlenmesi gerekmektedir (20). NHANES 1999-2000 sonuçlarına göre; hipertansiyonda farkındalık % 68, tedavi alma % 58, kontrol oranı ise % 30'dur. PatenT çalışması 2003 sonuçlarına göre hipertansiyonda farkındalık % 40, tedavi alma % 31, kontrol oranı ise % 8 ve antihipertansif tedavi almakta olanlarda kontrol oranı % 20'dir. Aynı çalışmanın 2007 sonuçlarında ise kontrol oranı % 14 'e çıkmış ve tedavi almakta olanlarda ise kontrol oranı % 27 'ye çıkmıştır (12). Tüm dünya ve ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörler bilgi eksikliği, destek azlığı ve hastanın tedaviye uyumsuzluğudur (13).

Etkili kan basıncı kontrolü iki şekilde sağlanmaktadır. Birincisi ilaç tedavisi, ikincisi ise yaşam tarzı değişikliği (ilaç dışı tedavi) 'dir. Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrol altına alınmasında özellikle, Evre I hipertansiyonu olan bireyler olmak üzere başka kardiyovasküler risk faktörü ve hedef organ hasarı bulunmayan hafif hipertansif bireylerde ilaç dışı tedavi yaklaşımları önerilmektedir. Bu gruptaki bireylere, 6-12 ay boyunca tuzdan ve doymuş yağdan kısıtlı beslenme, fiziksel aktiviteyi artırma, kilo kontrolü, alkol ve sigara tüketimini azaltma gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile kan basıncı kontrolü sağlanmaya çalışılmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri ile hipertansiyonun gelişmesi önlenmekte, antihipertansif ilaç gereksinimi azalmakta, dolayısıyla maliyet azalmaktadır. Ancak önerilen yaşam tarzı değişikliklerine rağmen kan basıncı normale dönmüyorsa tedaviye antihipertansif ilaç eklenmektedir (13,16,17,22,70,77,92).

#### **2.1.6.1. Farmakolojik (İlaçla) Tedavi**

Antihipertansif tedavinin inme insidansını %35-40, kalp krizi insidansını %20-25 ve kalp yetmezliği insidansını %50'den fazla azalttığı gösterilmiştir (93). Bu nedenle hipertansiyon tanısı konan hastalara mutlaka ilaç dışı tedavi ve/veya ilaç tedavisi başlanmalıdır. Hem JNC VII raporu hem de ESH/ESC 2007 ve 2014 kılavuzunda sistolik kan basıncı 140 mmHg'nın ve/veya diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nın üzerinde değerlerde tedavi önerilmektedir (14,17,48). En son yayınlanan ASH/ ISH Kılavuzunda 80 yaş ve üzeri bireylerde tedaviye başlama sınırı 150/90 mmHg olarak

sınırlandırılmıştır (16). JNC-8 Kılavuzunda ise; hipertansiyonda tedaviye başlama yaşı 60 ve üzeri, başlama sınırı ise 150/90 mmHg olarak açıklanmaktadır (15). İlaç tedavisine başlanmasındaki amaç; SKB'nı 140 mmHg'nın ve DKB'nı 90 mmHg'nın altında tutarak hastanın yaşam kalitesini artırmak, hipertansiyon nedeniyle gelişebilecek morbidite ve mortalite riskini olabildiğince azaltmaktır (9-11,14,16,17,20,91).

Geçmişte yayınlanan kılavuzlarda; hipertansiyon tedavisinde sıklıkla kullanılan tiazid diüretikleri (TD), kalsiyum antagonistleri (KA), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve beta bloker (BB) olmak üzere beş ana grup ilaç yer almasına rağmen, beta blokerlerin kullanımı tartışmalıdır. Beta blokerlerin egzersiz toleransını ve seksüel fonksiyonu azalttığı, yorgunluğa neden olmasından dolayı JNC-8 Kılavuzunda yer almamaktadır. İlaç seçiminde önemli nokta subklinik organ hasarı, klinik olaylar ve klinik durumların göz önüne alınmasıdır. Bazı ilaçlar bu durumlar üzerine olumlu etkileri olması nedeniyle tercih edilirken, bazı ilaçların ise kullanımını kısıtlayan başka hastalıklar ya da durumlar olabilmektedir. İlacın yan etkileri de hastadan hastaya farklılık gösterebilmektedir. Kısacası önerilen ilaç gruplarının farklı özellikleri, avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır ve bunların tümü göz önüne alınarak hasta için en uygun olan ilaç seçilmelidir (7,9,14-20).

Tiazid diüretikler hipertansiyonun başlangıç tedavisinde pek çok durumda ilk seçenek olarak verilmektedir. Diüretikler, normalde filtre edilmiş sodyumun % 5-% 8'inin geri emildiği distal kıvrımlı tubulus başlangıç segmentindeki luminal membranda sodyum ve klorür kotransportunu inhibe ederken potasyum ve bikarbonat atılımını artırır. Sıvı elektrolit ve metabolik denge bozuklukları en önemli yan etkileridir. Uzun süre kullanımında hiponatremi, hiperkalemi ve metabolik alkaloz görülebilmektedir (7,9-11,16,17,19,20,93).

Kalsiyum kanal blokerleri miyokard hücresinin depolarizasyonu sırasında hücre membranından kalsiyum girişini engelleyip koroner arter düz kaslarını gevşeterek dilatasyon oluşturmaktadırlar. Bu gruptaki ilaçlar hipertansiyon ile birlikte koroner arter hastalığı olan hastalarda tercih edilmektedir. Özellikle izole sistolik hipertansiyonu olan yaşlı hastalarda oldukça yararlıdır. Yan etkileri; baş ağrısı yüzde kızarıklık, baş dönmesi, sıcak basması, kulak çınlaması, bulantı kusma, konstipasyon, ileti bozuklukları, bradikardi ve hipotansiyondur (7,9-11,16,17,20,93).

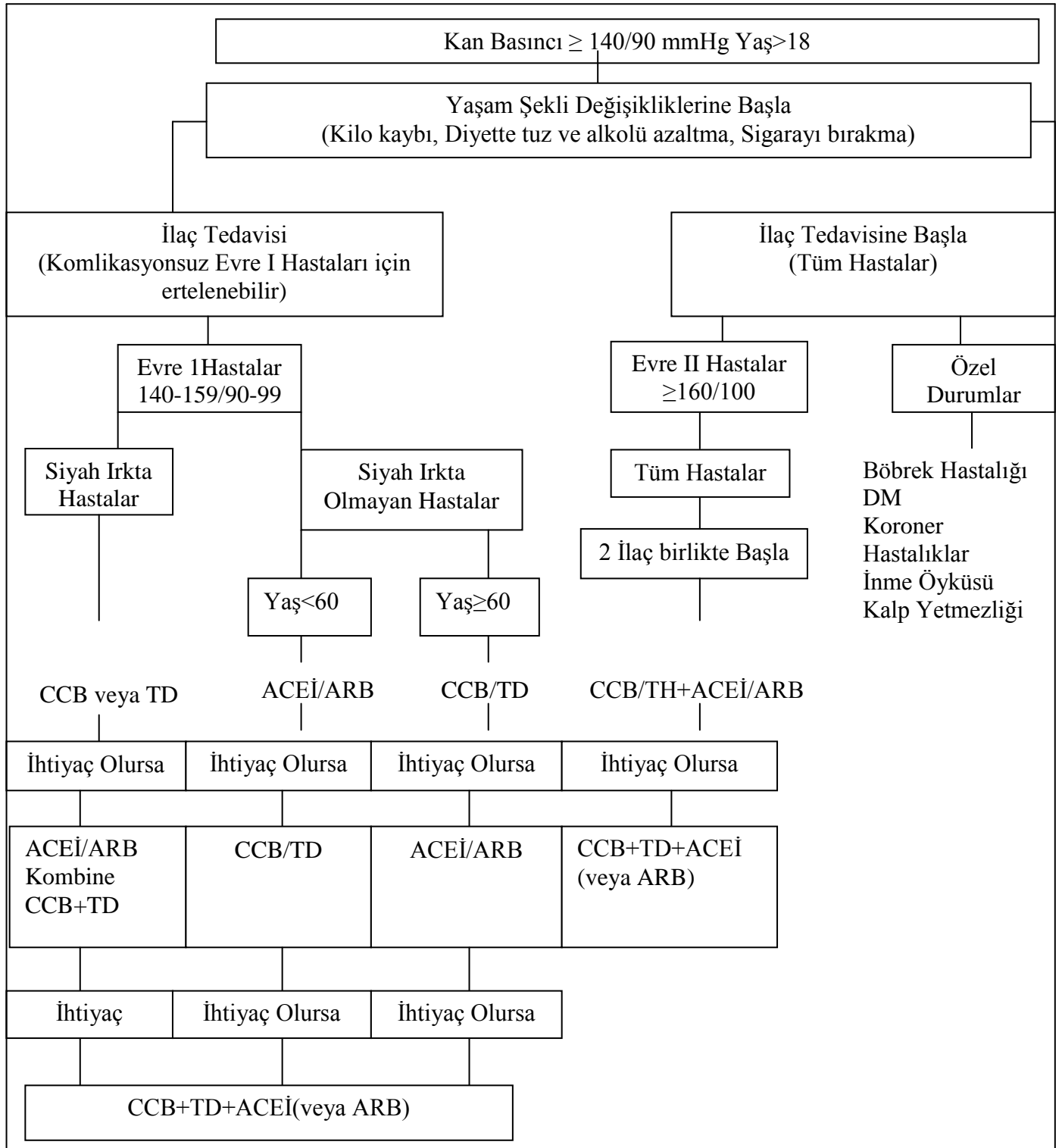


Hipertansiyon tedavisinde en yaygın olarak kullanılan ilaçlar olan ACE inhibitörleri, venlerde dilatasyon yaparak kanın periferde göllenmesini sağlarken, sağ atriyum basıncı ve pulmoner arter basıncını azaltmaktadır. Arterlerde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürüp, kalp debisinde artış sağlarlar. Koroner kalp hastalığı ve kalp yetersizliği ile birlikte hipertansiyon varlığında etkilidir. En önemli yan etkileri; kuru ve boğucu öksürük, anjiyonörotik ödem, hiperkalemi ve döküntülerdir (7,9-11,16,17,19,20,93).

Anjiyotensin reseptör blokerleri anjiyotensin II reseptörlerine etki ederek anjiyotensin II salınımını bloke ederler. Bu ilaçlar kolaylıkla tolere edilebilmektedir. Öksürüğe ve nadir bile olsa anjiyoödem neden olmadığı için anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerine göre daha çok tercih edilmektedir (7,9-11,16,17,19).

Beta blokerler; periferik damar direncini düşürüp, miyokard kontraktilitesini ve kalp hızını azaltıp, renin salınımını inhibe etmektedir. Hipertansiyonun yanı sıra, koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği tedavisinde ve anjino pektoris ve miyokard enfarktüsü yönetiminde kullanılmaktadır. ASH/ISH 2014 Kılavuzunda beta blokerlerin diğer etnik gruplara göre siyah ırktaki hastalarda kan basıncını düşürmede daha az etkili olduğu, aynı zamanda duyarlı kişilerde kalp bloğuna neden olduğu seksüel fonksiyonu ve egzersiz toleransını azalttığı açıklanmıştır. (7,9-11,16,17,19,20,93).

Patent çalışmasında; kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve ilaç tedavisi kullananlarda, kan basıncı kontrol oranının % 20,7 olduğu belirlenmiştir (12). Hipertansiyonu olan hastaların çoğu önerilen kan basıncı hedefine ulaşabilmek için birden fazla antihipertansif ilaç almak zorunda kalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa hipertansiyon kılavuzları düşük-ortalama kardiyovasküler riske sahip bireylerde tek ilaç, yüksek-çok yüksek riske sahip olan bireylerde ise 2'li antihipertansif ilaç önermektedir (17). Hipertansiyon tanısı konulduktan sonra özellikle yüksek riskli hastalarda hedef KB hedeflerine ulaşılması çok önemli klinik fayda sağlamaktadır. Bu hedeflere ulaşmada başlangıç tedavisi olarak kombinasyon tedavisi başarı oranını oldukça arttırmaktadır (48). Genel popülasyonda 1. derece hipertansiyonu olan hastalar dışındakilerde monoterapi ile hedef kan basıncı (<140/90 mmHg) değerine ulaşma oranı %20-30'u geçmemektedir (93). Hipertansiyonda tedavi yaklaşımları Şekil 2.1'de özetlenmiştir (16).



Şekil 2.1. Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımları

CCB: Kalsiyum Kanal Blokeri; TD: Tiyazid türevi Diüretikler; ACEİ: anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: anjiyotensin reseptör blokerleri

### **2.1.6.2. Nonfarmakolojik (Yaşam Biçimi Değişiklikleri) Tedavi**

Hipertansiyonun önlenmesi, geciktirilmesi ve tedavisinde yaşam tarzı değişikliğinin çok önemli yeri vardır. Kan basıncı normal olup risk faktörüne sahip olanlar, yüksek normal kan basıncına sahip olanlar ile ilaç tedavisi gerekenler de dâhil tüm hastalara yaşam tarzı değişikliği uygulanmalıdır (7-11,20). Türkiye'de 2003 yılında yapılan prevalans çalışmasında (12) erişkin nüfusumuzun %14,7'sinin yüksek normal grupta olduğunu ve dört yıl sonra yapılan insidans çalışmasında bu grubun % 40,7'sinde hipertansiyon saptandığını düşünürsek özellikle bu gruba uygulanacak yaşam biçimi değişiklikleri girişimlerinin hipertansiyonun önlenmesi ve geciktirilmesi açısından çok önemli olduğunu söyleyebiliriz. Hipertansif bir hastaya önerilecek tüm yaşam tarzı değişiklikleri aslında sağlıklı yaşam önerilerinden başka bir şey değildir ve bireyin bozulan homeostazını yeniden düzeltmeyi amaçlamaktadır.

Kan basıncını düşürdüğü ve kardiyovasküler riski azalttığı gösterilmiş olan yaşam tarzı değişikliği müdahale alanları arasında sigaranın bırakılması, vücut ağırlığının azaltılması, tuz kısıtlaması, diyet uygulamaları, alkol kullanımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, stresle baş etme ve gevşeme teknikleri vardır (8,10,15-17,20,21).

#### **2.1.6.2.1 Sigara İçiminin Bırakılması**

Sigara içmek kardiyovasküler sistem hastalığı riskini iki üç kat artırmaktadır. Her sigara içiminden sonra akut olarak otuz dakika kadar arter kan basıncında yükselme meydana gelmektedir. Sigara lipid profilini bozmakta, insülin direncini artırmakta, damar endoteli üzerine yaptığı olumsuz etkileri nedeni ile damarların vazodilatasyonunu azaltmaktadır (7,9-11,16-18,79,94). Sigara kullanımı ile hipertansiyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik hipertansif olmayan 28,236 kadın 9,8 yıl izlenmiştir. İlgili çalışmada katılımcıların % 30,4'ünde (8,571 olgu) hipertansiyon geliştiği, günde 15 adet ve üzeri sigara içme ile hipertansiyon gelişimi arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (95). Sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu oluşturan hemşireler, sigara içme ile kardiyovasküler hastalık riski arasındaki ilişkiyi bilmelidir. Hemşireler hipertansiyonu olan kişilerle yaptığı görüşmede kişinin sigarayı kullanıp kullanmadığını sorgulayıp eğer kişi sigara kullanıyorsa bu duruma uygun eğitim programı

oluşturmalıdır. Sigara bırakmayı kolaylaştırmak amacıyla her uygun ziyarette sigara ve zararlarını, sigarayı bırakma hızını iki katına çıkaran nikotin bırakma tedavilerini hastalara önermeli ve takip etmelidir (23).

#### **2.1.6.2.2. Vücut Ağırlığının Azaltılması**

Aşırı kilo HT için en önemli risk faktörlerinden biridir. Şişmanlama yalnız ülkemize özgü bir sorun olmayıp son zamanlarda gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ve birçok gelişmiş toplumda da gözlenen bir durum haline gelmektedir (16,17,20,41). BKİ'nin 27 ve üzerinde olması ile kan basıncı yüksekliği arasında ilişki vardır. Hipertansiyonu olan şişman bireylerde dislipidemi, insülin direncinde artma, inme ve diyabet görülme olasılığı fazladır (7-9,16-18,79,94).

Bir sistematik derleme sonucunda ortalama %3-9'luk kilo kaybının hem sistolik ve hem de diyastolik kan basıncı üzerinde 3 mmHg' lik düşüşü sağladığı belirlenmiştir (96). Diğer bir çalışmada 1 yıl boyunca ortalama 1,5 kg ağırlık kaybını koruyabilen orta yaşlı hastalarda uzun dönem hipertansiyon riskinin % 22 azaldığı belirlenmiştir (97). Sağlık bakım profesyonellerinden olan hemşireler insanlarda kilo, BKİ ve bel çevresinin normal değerlerini bilmeli ve BKİ 25 ve üzerinde olanlara, bel çevresi erkeklerde 102 cm. kadınlarda 88 cm.'nin üstünde olanlara sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel egzersiz yapma, davranış değiştirme gibi vücut ağırlığını azaltma stratejileri geliştirip hipertansiyonu olan bireylere uygulamalıdır. Uygulama sonrasında tedavi ve yönetim stratejilerini monitörden izleyerek takip etmelidir. (23).

#### **2.1.6.2.3. Tuz Kısıtlaması**

Sodyum genellikle sofraya tuzu olarak yani sodyum klorür olarak alınır. Sofra tuzundaki klor sodyumun etkisini artırmaktadır. Günlük önerilen tuz miktarı altı gramı aşmamalıdır. Sadece yemeğe ilave edilen tuzun azaltılması ile sodyum kısıtlaması yapmak yeterli değildir. Hazır gıdaların sodyum içeriklerinin de kontrol edilmesi ve tüketiminden kaçınılması gerekmektedir. Sodyum kısıtlaması antihipertansif ilaçların etkisini artırmakta, eğer diüretik kullanılıyor ise potasyum kaybını azaltmakta ve sol ventrikül hipertrofisini geriletmektedir (7,9-11,21,79,94). Türk toplumunun % 7,9'u tuzsuz, % 9,2'si ise çok tuzlu yemektir (74).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından yürütülen Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması (SALTürk) 2007 sonuçlarına göre; günde her 17 mEq sodyum (1 gr. tuz) alımı ile sistolik kan basıncı 1,2 mmHg, diyastolik kan basıncı ise 0,73 mmHg artmaktadır (74). Başka bir çalışmada ise günlük 3,6 gr, 2,4 gr ve 1,2 gr sodyum alımının HT üzerine etkisi araştırılmış ve günlük sodyum alımının azalması ile kan basıncı düzeyinde azalma arasında doğru orantı olduğu gösterilmiştir. HT ‘u olan hastalarda sodyum alımının günlük 2,4 gr ve altında olması önerilmektedir (98).

#### **2.1.6.2.4. Diyet Uygulamaları**

Beslenme değişiklikleri sebze ve meyve tüketiminin artması ve doymuş yağ alımının azaltılmasını kapsamaktadır. Literatürde hipertansiyon ve diyet araştırıldığında sıklıkla karşılaşılan “DASH” (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti yağdan fakir ve düşük yağlı süt ürünleri, meyve ve sebzeden zengin bir beslenme şeklinde açıklanmaktadır (7,10,16-18,79,99).

Sacks ve ark. (98) DASH diyeti ve düşük sodyum alımı ile beş hafta sonunda kontrol grubuna göre sistolik kan basıncında 9 mmHg ve diyastolik kan basıncında 4,5 mmHg ’lik bir düşme olduğunu bulmuşlardır. Harnden ve ark. (100) DASH diyetiyle birlikte karbonhidrat ve protein alımının artması, sodyum alımının azaltılması ile sistolik kan basıncında 4,6 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 3,99 mmHg azalma olduğunu belirtmişlerdir. Appel ve ark. (101) yaptığı çalışmada sekiz haftalık bir süre içinde DASH diyeti ile hipertansif hastaların sistolik kan basıncında 11 mmHg ve diyastolik kan basıncında ise 5,5 mmHg düşüş olduğunu bulmuşlardır. Sağlık profesyonellerinden olan hemşireler hipertansiyonu olan bireylere beslenme ile ilgili risk faktörleri ve DASH diyetiyle ilgili eğitimi diğer sağlık bakım üyeleriyle işbirliği yaparak vermelidir (23).

#### **2.1.6.2.5. Alkol Alımının Azaltılması**

Alkol tüketiminin azaltılması HT kontrolü açısından önemli bir girişimdir. Etil alkol miktarı günlük 28–55 gr’ı geçenlerde hipertansiyon prevalansı daha fazladır. Bu durumlarda akut kan basıncı yükselmesi görülmektedir. Bu kişilerde alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta ve inme riskini artırmaktadır. Alkol alımının

ılımlı miktarda tutulması önerilmektedir. Alkol alımı antihipertansif tedaviye dirençle de ilişkilidir. Bazen bu direnç fazla alkol tüketen kişilerin ilaçlara zayıf bağılıklarından kaynaklanırken, bazen ise alkol, ilaçların bağılılık derecesini azaltmaktadır (10,16,17,21,22,79). Hemşireler hipertansiyonu olan bireylerle görüşme yaptığında alkol alımı sorgulanmalıdır. Eğer alkol alımı varsa miktarı ve sıklığı ile birlikte tüm alkol kullanımı değerlendirilmelidir. Daha sonra yapılacak görüşmede alkol kullanımını sınırlandırmak için bireyle birlikte tartışılarak karar verilmelidir (23).

#### **2.1.6.2.6. Fiziksel Aktivitenin Artırılması**

Fiziksel aktivite tüm kardiyovasküler hastalık riski üzerinde olduğu gibi kan basıncı üzerinde de önemli etkiye sahiptir. Fiziksel aktivite (enerji tüketimiyle sonlanan davranış) ve kardiyorespiratuar iyilik hali (vücudun fiziksel aktiviteyle artan oksijen kullanım yeteneğinin fizyolojik niteliği) KB düzeyi ve hipertansiyon insidansı ters orantılıdır. Tüm bunların yanında fiziksel aktivite; kan lipid düzeyi, vücut ağırlığı ve kan glikoz düzeyi üzerinde yararlı etki oluşturarak kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktadır. Sedanter yaşantısı olan hastalara günde 30–45 dakika düzenli egzersiz önerilmektedir (7,10,16,17,22,79). Kuveyt'te yapılan bir çalışma sonucuna göre; araştırmaya alınan 240 hipertansiyon hastasının % 44,4 'ünün kan basıncının kontrol altında olmadığı bu hastaların yarısından çoğunun hiç egzersiz yapmadığı belirtilmiştir (102). 15 randomize kontrolü çalışmayı ve 770 bireyi içeren bir meta analiz çalışmasında haftada en az 40 dakika süreyle orta şiddette aerobik egzersiz yapan kişilerin sistolik kan basınçlarında 5 mmHg ve diyastolik kan basınçlarında ise 4 mmHg 'lik düşüşler olduğu belirlenmiştir (103). Hemşireler hipertansiyonu olan bireylere egzersiz yapma konusunda teşvik etme ve etkisini değerlendirme için kişilerle terapötik yöntemle profesyonel bir biçimde görüşmeler yapmalı ve takip etmelidir. İlk olarak hipertansiyon hastalarının mevcut egzersiz düzeyini belirlemeli ve haftada 4-7 kez 30-60 dakikalık egzersiz yapılmasını önermelidirler (23).

#### **2.1.6.2.7. Stresle Baş Etme ve Gevşeme Teknikleri**

Emosyonel stres kan basıncında akut yükselmeye neden olmaktadır. Biyolojik-geri besleme (biological feed-back), yoga, transandantal meditasyon, psikoterapi gibi kognitif-davranışsal yaklaşımlar kan basıncında kısa süreli düşme sağlayabilmektedir.

Ancak bu yöntemlerin uzun süreli faydalı etkileri bilinmemektedir. Sedatif ve trankilizanların kan basıncını azalttığını gösteren kanıtlar yoktur. Bu yöntemler tedavinin yerine geçmemeli, destekleyici yöntemler olarak kullanılmalıdır (10,16,17,19,47). Shapiro ve ark. (104) yaptıkları çalışma sonucuna göre kognitif-davranışsal tedavinin hastalarda ilaç gereksinimini azalttığını bulmuşlardır.

Sonuç olarak hipertansiyonun kontrolü ve tedavisinde sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigarayı bırakma, tuzsuz beslenme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yeri oldukça önemlidir. Sağlık profesyonellerinden olan hemşireler; kişilerde hipertansiyon yönetimini etkileyebilecek yaşam şekli değişikliklerini bilmeli, var olan durumları iyileştirmek, oluşabilecek komplikasyonları önlemek için bu değişiklikleri tedavi planına eklemelidir. Grimm ve ark. (105) yapmış oldukları çalışmada yaşam biçimi değişiklikleri uygulanan olgularda dört yılın sonunda ortalama sistolik kan basıncında 4,8 mmHg, diyastolik kan basıncında 2,5 mmHg düşüş olduğunu saptamışlardır. Clark ve ark. (106) çalışmalarında; hipertansif hastalara toplum sağlığı hemşireleri tarafından verilen eğitim ve yapılan ziyaretler sonucunda hipertansiflerin % 71'inde normal kan basıncı değerlerine ulaşıldığını bulmuşlardır.

### **2.1.7. Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Uyumu Etkileyen Faktörler**

Uyum (kompliyans) hastanın davranışının (ilaçlarını düzenli kullanma, diyeti uygulama veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirme) sağlık önerilerine uyum boyutudur (22,26,107). Uyumsuzluk ise, ilaç tedavisine bağlı kalmamak, reçete yazdırmamak veya tedavi programa koymamakla başlamaktadır (24). Uyumsuz veya önerilen tedaviyi sürdürmeyen hastalar hipertansiyon kontrolünün dünya genelindeki düşük oranlarına katkıda bulunmaktadır. Hastalar yaşam tarzı veya ilaç önerilerine uyumda başarısız veya isteksizse kan basıncı kontrolü sağlanamamakta ve sağlıkları; inme, kalp yetmezliği ve son dönem böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlarla kötü yönde etkilenmektedir (22).

Günümüzde hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum hala istendik düzeyde değildir. Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışması 2009 sonuçlarına göre; hipertansiyon tanısı olan erkeklerin % 53,7'sinin, kadınların % 60'ının düzenli ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullananların %58'inde kan basıncının tam kontrol altına alındığı (kan basıncı <140 ve/veya <90 mmHg), %24'ünde hafif hipertansiyon (kan

basıncı 140-159 ve/veya 90-94 mmHg) düzeyine düşürüldüğü veya tutulabildiği tespit edilmiştir (41). Ayrıca 2007 Avrupa Hipertansiyon Kılavuzu'nda hastalarda uyum düşüklüğünün ve tedaviye yanıtın hayli değişken olduğu vurgulanmaktadır (48). Feldman ve ark. (108) yaptıkları araştırma sonuçlarına göre kan basıncı kontrolü yetersiz olan hastaların yaklaşık %50'sinin uyum problemleri yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Aparcı ve ark. (88) yaptıkları araştırma sonucunda düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin tedavi almalarına rağmen %25'inin kan basıncının kontrol altında olmadığını tespit etmişlerdir. Koruk ve ark. (109)'nın yaptığı başka bir çalışmada hipertansif bireylerin yalnızca %23,1'inin hastalıklarının farkında olduğu, %10,3'ünün antihipertansif tedavi aldığı ve %5,5'inin kontrol altında olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum karşımıza çok büyük bir sorun olarak çıkmaktadır.

Tedaviye uyumu olumsuz etkileyen faktörler arasında; hastalığın aseptomatik ve kronik olmasının yanı sıra, yaş ve eğitim gibi sosyo-demografik faktörler, hastanın hipertansiyon algısı, hasta ile sağlık bakım profesyonelleri arasındaki ilişki ve karmaşık antihipertansif ilaç kullanımı yer almaktadır (19,23,24). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumla ilgili yapılan araştırma sonucuna göre; araştırmaya katılan bireylerin %44'ünün tedaviye uyumsuz olduğu, tedaviye uyumsuz grupta; uyumsuzluk nedenleri incelendiğinde en sık nedenin hastanın bilgilendirilmemesi (%79,5) olduğu tespit edilirken, bunu belirti ve yakınma yokluğu (%77,3) izlemektedir (110). Cingil ve ark. (111)'nin çalışmalarında, hipertansiyon hastalarının %28,9'unun ilacını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. İlacı düzenli kullanmama gerekçeleri; kan basıncı normal olduğunda ilacı almama, unutmama, pahalı olduğu için ilacı alamama, ilacı bittiğinde hemen reçete ettiremememe ya da reçete ettirmeyi ihmal etme ve ilacı kullanmak istememe olarak belirlenmiştir (111). Eryonucu ve ark. (112) Van ilinde yapmış oldukları araştırma sonucuna göre; çeşitli sebeplerden dolayı ilaç kullanmayan hastaların (%22) başta gelen ilaç kullanmama nedeni, kendilerini iyi hissetmemeleriydi (ilaç kullanmayan hastaların %41'i). Bu durum hastaların hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gerektiğini ve geç komplikasyonlarından haberdar olmadığını gösteren bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Tedaviye karar vermede hastaların dahil edilmesi, hastalar tarafından hastalığının farkında olup ciddiyetine inanma, hipertansiyon algısının gelişmesi ve



sağlık bakım profesyonelleri tarafından hastalara hastalık ve tedavi yöntemleri hakkında verilen eğitim tedaviye uyumu olumlu etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (19,23-25). Anadol ve ark. (110)'nın hipertansiyon hastalarıyla yaptıkları araştırma sonucuna göre; antihipertansif tedaviye uyumlu olan hastaların ilacı düzenli kullanma nedenleri araştırıldığında en sık bildirilen neden, hastanın hipertansiyonun önemli bir hastalık olduğunu düşünmeleridir (%75). Bunu, hastanın hekim tarafından bilgilendirilmesi izlemektedir (%45,5). Mert ve ark. (113)'nin yaptıkları araştırma sonucuna göre; katılımcıların % 86,8'inin ilaç tedavisine uyduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç çalışmaya katılanların çoğunun sigara ve/veya alkol kullanmaması, egzersiz yapması, diyetine uyması, tansiyon aletinin olması ve kan basıncı kontrolünü yaptırılmaları ile tutarlı görülmektedir. Uyum oranının yüksek olmasının nedeni, bireylerin hipertansiyon konusunda eğitim almış olmaları, çoğunluğun hipertansiyonu hastalık olarak kabul etmeleri ile ilişkili görülmektedir.

Sağlık profesyonellerinden olan hemşirelerin birinci görevi; koruyucu, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla hastaya hemşirelik bakım hizmetinin götürülmesi ve bu hizmetin yönetimidir. Bir eğitici olarak hemşireler, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında hastaya ve ailesine bilgi verip bu bilgilerin anlaşılıp anlaşılmama durumunu değerlendirmeli, birey ve aileye danışmanlık yapmalıdır. Hemşireler, bireylerin öz etkililik algısını yükselterek sağlıksız davranışı terk etme (hipertansiyon tedavisine uyumsuzluk) ve sağlıklı davranışı başlatarak (tedaviye uyum) sürdürme konusunda önemli rollere sahiptir (6,23,114). Cingil ve ark. (111)'nin yaptıkları araştırma sonucuna göre ilaçla ilgili hekim, hemşire, eczacı gibi kişilerden bilgi alanların %74,8' inin ilacını düzenli olarak kullandığı tespit edilmiştir. Irmak ve ark. (115)'nin yaptıkları araştırmada; hemşireler tarafından hipertansiyon hastalarına verilen eğitim sonrasında hastaların düzenli egzersiz yapma, diyetine uyma ve ilacı önerilen düzeyde ve sıklıkta kullanma oranında artış saptamışlardır.

### **2.1.8. Hipertansiyon Yönetiminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir (116,117). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az

gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması gerekmektedir (117). Eskiden toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini hipertansiyon, şişmanlık, Tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır. Bunun sonucunda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (118,119). Kan basıncını veya kardiyovasküler riski düşüreceği yaygın kabul gören ve tüm hastalarda düşünülmesi gereken yaşam tarzı önlemleri şunlardır: 1) sigarayı bırakmak, 2) fazla kilolu bireylerde, kilo vermek, 3) alkol tüketimini makul ölçülere indirmek, 4) fiziksel aktivite, 5) tuz alımını azaltmak, 6) meyve ve sebze tüketimini artırmak ve doymuş ve toplam yağ alımını azaltmaktır (16,17,48). Yapılan bir çalışma sonucunda normal vücut ağırlığının sürdürülmesi ile sistolik kan basıncı 5-20 mmHg azalırken, DASH ve benzeri diyet uygulama sonrası 8-14 mmHg azalma tespit edilmiştir. Her gün 2,4 gr'dan daha az sodyum alınması ile 2-8 mmHg, haftada 4 gün 30 dk'lık egzersiz sonucu 4-9 mmHg, alkol alımının kısıtlanması sonucunda 2-4 mmHg azalma olduğu saptanmıştır (120). Grimm ve ark. (105) yapmış oldukları çalışmada ise yaşam biçimi değişiklikleri uygulanan olgularda dört yılın sonunda ortalama sistolik kan basıncında 4,8 mmHg, diyastolik kan basıncında 2,5 mmHg düşüş olduğu saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışma sonucunda 4 ay boyunca sadece DASH diyetiyle beslenen kişilerde sistolik / diyastolik kan basıncında 11,2/ 7,5 azalma gözlenirken, 3.9 kg. kilo kaybı ile 2.3/ 2.9 azalma olduğu saptanmıştır (121). Bir diğer çalışmada ise; yaşam biçimi değişiklikleri sonucunda sistolik kan basıncında ortalama 11,4 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 5.5 mmHg azalma tespit edilmiştir (122).

Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol model olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (123-125). Hipertansiyon hastalarına hemşireler tarafından verilen eğitim sonrasında hastaların

düzenli egzersiz yapma ve diyetine uyma oranlarında önemli artışlar olduğu saptanmıştır (115). Hemşire araştırmacılar tarafından yapılan kontrol gruplu deneysel bir çalışmada da hipertansif bireylere verilen ilaca uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik eğitim ve yapılan ev ziyaretleri sonucunda deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı, kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu, kontrol grubunda ise önemli bir değişikliğin olmadığı belirlenmiştir (126). Hipertansiyon hastalarına sağlık profesyonellerinden olan hemşireler tarafından verilen eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı ve hipertansiyon üzerinde olumlu etki yarattığı belirlenmiştir (115,126-128). Telekomünikasyon tekniklerindeki ilerlemeler kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetimi ve takibini kolaylaştırmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi hakkında hastalar bilgilendirildikten sonra tedaviye uyumlarını izlemek için internet aracılığıyla kan basıncı takibi yapılabilen ve sonrasında telefonla ya da email yöntemi ile yüz-yüze görüşerek değerlendirme yapılabilir (129). Yapılan birçok çalışmada tele-izleme yöntemi ile takip edilen hastaların kan basıncında anlamlı düşüşlerin olduğu tespit edilmiştir (130-134). Amerika’da yapılan bir çalışmaya göre tele-izleme yöntemi ile hipertansiyon hastalarının 12 aylık süreyle takibi sonrasında sistolik kan basıncında düşüşler olduğu bulunmuştur (133). Agarwal ve ark. (134)’nın yaptıkları çalışmada telekomünikasyonla takip edilmeyen hastalarla karşılaştırıldığında eğitim verilip takip edilen hastaların sistolik kan basıncında anlamlı düşüşlerin olduğu tespit edilmiştir.

Hipertansiyon olgularında kontrol oranının düşük olduğu göz önüne alınırsa, hipertansif bireylerde uygun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmediği düşünülebilir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri bu davranışların gelişiminde bireylere yardımcı olmalıdır.

## **2.2. Hastalık Algısı**

Algı, bireyin duyuları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürmek amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Algı, aynı zamanda hastalık ve/veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığına da işaret etmektedir (26). Bu açıdan bakıldığında hastalık algıları, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına

gelmektedir. Birçok kişi yaşamında bir hastalık geçirmesine karşın, hastalık deneyimi her kişide farklı yaşanmaktadır (26,27).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak ifade edilmektedir. Diğer bir deyişle kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavram olarak açıklanmaktadır (27, 28,135-138). Leventhal ve ark. her hastanın kendi "hastalık temsili modeli" oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu modele göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Bu şema içerisinde hastalığın belirtileri, süresi, nedenleri, tedavi ve kontrolü ve sonuçları ile ilgili hastanın kendi düşünceleri yer almaktadır (28,135,139). Hastalık algısının etkileyici yönü, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların oldukça farklı algılarının olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yollara yönlendirebilmesidir (136).

Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsur olarak görülmektedir (28).

### **2.2.1. Hastalık Algısının Bileşenleri**

Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirmektedir;

- Hastalığın kimliği
- Nedensel inanışlar
- Zamansal inanışlar
- Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar
- Sonuçlar

Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılırken, geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturmaktadır (135,137-140).

### **2.2.1.1. Hastalığın Kimliği**

Hastalık kimliği hasta kişilerin sağlık tehditlerinin yerleşmiş olması olarak tanımlanmaktadır (örn; artriti olan hastalarda “ sabah eklem ağrısı” veya yüksek kan basıncında “zonklayan baş ağrısı”). Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. İnsanların çoğu hastalıklarda görülebilecek semptomları bilmemesine rağmen tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla inanışlar geliştirmektedirler.

Hastalar çoğunlukla görülen semptomları tedavilerin yan etkisi ya da hiç ilişkisi olmayan durumlarla yorumlayabilmektedir. Bu durum sonrasında bazı hastalar tedavisine devam etmemektedir (135,137-140). Chen ve ark. (29)’nın hipertansiyon hastalarında hastalık algısının tedaviye uyum üzerindeki etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada; hastalığın kimliğini ölçmek için üç yönlü yaklaşım gerçekleştirmişlerdir. 1- Hipertansiyonla ilişkili semptomlar, 2- Tanı öncesi ve sonrası semptom deneyimi ve 3- Hastaların yüksek kan basıncını tahmin etmek için kullandıkları semptomlar. Hastalık kimliği ilaç uyumu üzerinde önemli ve pozitif etki oluştururken, hastalık, kontrol ve nedenleri aracılığıyla indirekt olumlu etki oluşturmuştur. Hastalık kontrolleri zayıf olan kişiler daha fazla semptom yaşamış ve ilaç uyumu daha düşük bulunmuştur.

### **2.2.1.2. Nedensel İnanışlar**

Hastalar tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığın görüldüğüne dair inanışlar geliştirirler. Toplumda sık görülen hastalıklarda insanların zihinlerinde yarattıkları nedensel inanışları arasında stres veya hava kirliliği gibi insan sağlığına zararlı durumlar yer almaktadır (138,141). Neden olan faktörler kişisel (kişilik, geçmiş deneyimler, ruhsal durum), kişilerarası (aile üyelerinin desteği, tedavi ekibiyle ilişki), hastalıkla ilgili faktörler, sosyokültürel ve ekonomik olarak sınıflandırılabilir (138). Chen ve ark. (29)’nın yaptıkları çalışmada hastaların çoğunun hastalıklarının nedenlerini psikolojik ve sağlığa tehdit oluşturan risk faktörlerine dayandırmaktadır. Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumlarına uygun tedavi yöntemini seçmeyi ve hastalığı kontrol altında tutmak için gereken değişiklikleri etkilemektedir. Örneğin; bir kalp hastası hastalığının sebebinin sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin

neden olduğunu düşünüyorsa strese neden olan faktörleri azaltmaya çalışacaktır (138,140,142). Yıllardır insanların hastalıklarıyla ilgili nedensel inanışları olmasına rağmen ilaç uyumu üzerinde etkisinin az olduğu düşünülmektedir. Özellikle hipertansiyon hastaları nedensel inanışları geliştirmelerine karşın reçeteli ilaç alma düzeyleri zayıftır (30).

### **2.2.1.3. Zamansal İnanışlar**

Sağlık durumunun bozulması sırasında zamansal inanışlar akut, kronik ve döngüsel olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Bu algılanan sürenin ilaç uyumu üzerinde direkt olmasa da etkisi olduğu kabul edilmektedir (30). Ross ve ark. (31)'nın hipertansiyonu olan hastaların uyumunda hastalık algısı ve tedavi inanışlarının rolünü araştıran çalışmalarında zamansal inanışlar ve uyum arasında direk ilişki bulamamışlardır. Fakat hipertansiyon için ilaç gerekliliği ile zamansal inanışlar arasında önemli ve pozitif ilişki bulmuşlardır. Kronik hastalığa sahip kişiler ilaçlarını ve tedavilerini daha geç terk etme eğilimindedirler (138-140).

### **2.2.1.4. Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnanışlar**

Zamansal ve nedensel ilişkilerin kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlarla doğrudan bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Yaşamını kontrol edebilen ve yeterli hisseden, olumlu bakış açısına sahip, iyimser olan kişiler, denetiminin olmadığını düşünen ve kötümser olan kişilere göre hastalığa ve sonuçlarına daha olumlu yaklaşabilmektedirler. Genellikle kontrol inancı hastanın kişisel kontrole ne kadar hassas olduğuna ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine bağlanmaktadır. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilendirilmektedir (138-140). Chen ve ark. (29)'nın yaptıkları çalışma sonucuna göre hipertansiyon hastalarında tedavi ve kişisel kontrolün yüksek bulunmasıyla ilaç uyumu arasında önemli ve pozitif ilişki bulunmuştur.

### **2.2.1.5. Sonuçlar**

Son bileşen olan sonuçlar ise hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algısını yansıtmaktadır. Bu durum hastalık sonucunda iş yaşantısında, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik olarak yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Çoğu zaman, hastalığın

sonucu hakkındaki görüşleri, hastalığın ciddiyeti hakkında subjektif olarak zayıf algılamaya bağlanmaktadır (138,140). Ross ve ark. (31)'nin yaptıkları çalışma sonucunda ciddi hastalık sonuçları algılayan hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum oranı artmaktadır.

### **2.2.2. Hipertansiyon ve Hastalık Algısı**

Özellikle son yıllarda, kronik hastalıklar ölüm oranını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmakta ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. İnsanların sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen kronik hastalıklardan bir tanesi de dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan hipertansiyon olarak belirtilmektedir. Hipertansiyon tedavisinde ve önlenmesinde terapötik etkinlik son yıllarda büyük ölçüde geliştirilmiş olmasına rağmen, hipertansiyon kontrol oranının % 30'un altında olduğu tespit edilmiştir (16,17). Kontrol oranının bu denli düşük olmasının en büyük nedeni tedaviye uyumsuzluk olarak belirtilmektedir. Tedaviye uyumu etkileyen temel faktör ise bireylerin davranış şekilleridir. Hasta olan bireylerin davranışları, kendi vücutlarını algılama, hastalık semptomlarını tanımlama ve yorumlama ile ilişkili görülmektedir (6).

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirmektedirler. Bu inanışlar, hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturmaktadır. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu algı veya bilişsel süreçler, bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkilemektedir (27). Örneğin, lösemi tanısı koyulmuş ve tedaviye cevap veren bir birey, kendini hasta olarak algılamayabilir ve günlük yaşamına devam edebilir. Buna rağmen meme kanseri tanısı almış, ameliyata hazırlanan bir birey kendini hasta olarak algılayabilir ve fiziksel, psikolojik semptomlar gösterebilmektedir (6). Bu doğrultuda kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmeleri için beceri kazandırılması gerekmektedir.

Hastalık algısı ile hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan araştırmalar sonucunda kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (29-32). Hastalık algısının astım ve hemofilisi olan hastalarda ilaca uyumun, diyabetli ve miyokard enfarktüsü hastalarında yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir (143-146). Bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan bireylerin etkin bir şekilde tedavi edilmesi için hastalığı nasıl algıladıklarını sağlık profesyonelleri olan hemşireler tarafından öğrenmenin ve öğretilmenin önemini ortaya koymaktadır.

Hipertansiyon hastalarında gerek ilaçlı, gerekse ilaçsız tedavi yöntemine uyumun sağlanması için bireylerdeki hastalık algısının hemşireler tarafından öğrenilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Ünalın ve ark. (147)'nin Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışlarını araştırmaya yönelik yaptıkları çalışma sonucunda; genç yaşta olmak, ilaç dışı yaklaşımlarla kan basıncını düzenleyebilmek, ilaç kullanmaya bağımlı olma korkusu ve ilaç yan etkilerini bilerek bunlardan kaçınmak antihipertansif tedaviye uyumu olumsuz etkileyen inanç ve davranışlar olarak sayılırken, ilaca güven duymak, hastalık ya da komplikasyon korkusu, aile öyküsünde hipertansiyonun varlığı uyumu olumlu etkileyen inanışlar olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda artan kanıtlar, negatif hastalık görüşü olan hastaların daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağını göstermiştir. Bu çalışmalarda hastanın hastalığa uyumunu artırmak için önemli fırsatlar sunmanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır (140,148). Hipertansiyon ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla birçok ülkede araştırma yapılırken (29,31,32,148-150) ülkemizde sınırlı kaynak bulunmaktadır (151-153). Bu kaynakların artırılması için araştırıcı rolü olan hemşireler teşvik edilmelidir. Aynı zamanda sağlık profesyonellerinden olan hemşireler eğitici rolüyle hastalara hastalık algısının geliştirilmesi ve dolayısıyla tedaviye uyumun artırılması konusunda kişilere eğitim vermelidir.

### **2.3. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi**

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde birinci sırada risk faktörü olarak yer almaktadır. Global dünyada her yıl yaklaşık 17 milyon insan kardiyovasküler hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir ki bu ölümlerin 9.4 milyonu



hipertansiyon sonrası gelişen komplikasyonlara bağlanmaktadır (8). Dünyada erişkin nüfusun % 30-45' inin hipertansiyonu olduğu ve bu oranın artacağı tahmin edilmektedir (48). Geniş çaplı ve etkili önlemler alınmadıkça, dünya nüfusu yaşlandıkça hipertansiyon prevalansı daha da artacaktır (14-17,48). Hipertansiyon önlenebilir bir hastalık olmasına rağmen yüksek oranda görülmekte, tedavi edilebilir olmasına rağmen ölümlerin giderek artması nedeniyle kişilerin sağlığını bozan bir faktör olarak düşünülmekte ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (16,17,33,36,48). Bilindiği üzere hipertansiyon ömür boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır. Hipertansiyon asemptomatik olduğundan, hastaların tedaviyi arama ya da sürdürme konusundaki motivasyonları düşük düzeyde olabilmektedir.

Koruk ve ark.(109)'nın yaptıkları çalışma sonucuna göre; 15-49 yaş grubu ev kadınlarında hipertansiyon prevalansı % 40,5 bulunmuştur. Tüm hipertansiyonlular içinde, hipertansiyonun farkında olanlar % 23,1, antihipertansif tedavi alanlar %10,3, hipertansiyonu kontrol altında olanlar %5,5 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre antihipertansif ilaç alımına rağmen yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamamaktadır (12,47,154). Günal ve Günal (154) çalışmalarında, tuzlu gıda ile beslenen ve BKİ'yi 25'in üzerinde olan antihipertansif ilaç kullanan hastaların kan basıncı kontrolünün yetersiz kaldığını saptamışlardır. Araştırma sonucunda da görüldüğü gibi hipertansiyonun kontrol altına alınmasında sadece ilaç kullanımı yeterli olmamakta, ilaç tedavisi ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da geliştirilmesi gerekmektedir. Yapılan birçok çalışma sonucunda sigaranın bırakılması, vücut ağırlığının azaltılması, tuz kısıtlaması, diyet uygulamaları, alkol kullanımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, stresle baş etme ve gevşeme teknikleri gibi sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerinin kan basıncını düşürücü etkisi kanıtlanmıştır (71-75,100,102). Hipertansiyonun yönetiminde ilaç ve ilaç dışı tedavinin uygulanması ve uyumun artması için gerekli davranışların oluşması ancak bireylerde hastalık algısının gelişmesiyle mümkün olmaktadır. Eğer birey hastalığa genetik yatkınlığı varsa ve semptom gösteriyorsa, önerilen davranışı kolaylıkla uygulayabilmektedir. Ancak hastalık semptom göstermiyor ve aynı zamanda genetik yatkınlığı varsa, öncelikle bireyin bu yatkınlığı algılaması sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmalıdır (6).

Bireylerin sağlıklarının korunmasında, hastalık halinde en kısa zamanda sağlığına kavuşturulmasında önemli sorumluluklar alan hemşirelerin kan basıncı kontrolü ile ilgili rolleri sadece kan basıncının ölçülmesi ile sınırlı kalmamalıdır. Hemşireye, sahada bilinmeyen hipertansiyon olgularının teşhisinde, izlenmesinde ve tedavisinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Aynı zamanda hipertansiyon tanısını koymada, sekonder sebeplerini belirlemede ve tedavi kararını vermede tıp doktorları sorumlu olsalar da hastalığın yönetiminde hemşireler de önemli rol oynamaktadır (6,23,33). Disiplinler arası sağlık bakım ekibi, hasta ve aileleri ile işbirliği içinde çalışan hemşireler, hipertansiyon tespit ve yönetiminde önemli bir role sahiptir. Bu rolünü ancak eğitim ve deneyim aracılığıyla profesyonel hemşirelikle yani bilgi, beceri, dikkat, kritik analiz ve karar verme ile sağlayabilmektedir (23). Hemşireler hipertansiyon yönetiminde; hastaların beklenti ve inançlarını araştırmalı, hastaları ile terapötik ilişki kurarak hastanın hastalık algısını ölçebilmelidir. Hemşireler hasta ile yapılan her görüşmede tedavi planına olan bağlılığı değerlendirerek tedaviye uyumunu tespit etmelidir. Eğitici rolüyle hipertansif bireylere ilaç ve ilaç dışı tedavi konusunda gerekli bilgiyi sunmalı ve verdikleri bakımı telefonla takip etmelidir. Aynı zamanda hemşireler hipertansiyon yönetimi ile ilgili kapsamlı bilgi ve belgeyi sağlık bakım ekibi ve hastayla paylaşmalıdır (33,123,155).

Clark ve ark. (156)'nın çalışmalarında; hipertansif hastalara toplum sağlığı hemşireleri tarafından verilen eğitim ve yapılan ziyaretler sonucunda hipertansiflerin % 71'inde normal kan basıncı değerlerine ulaşılmıştır. Rudd ve ark. (155)'nin yaptıkları deneysel kontrollü çalışmalarında sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubunu ve ilaç tedavisine ilaveten hemşire tarafından müdahale edilen deney grubunu altı ay takip etmişlerdir. Çalışma sonucunda deney grubunda SKB 14,2 mmHg, DKB 6,5 mmHg düşerken kontrol grubunda; sırasıyla 5,7 mmHg ve 3,4 mmHg azalma tespit edilmiştir. Yine konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalarda, hipertansif bireylere hemşireler tarafından verilen eğitim ve yapılan ev ziyaretleri sonucunda, hastaların tedaviye uyumunun arttığı, kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değerikliklerin olduğu saptanmıştır (128,157,158).

Hemşirelerin hipertansiyon yönetiminde hipertansif bireylere hastalık algısını geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma ve tedaviye uyumu

artırmaya yönelik eğitim, danışmanlık hizmeti vermede ve kan basınçlarını kontrol altına almada önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

#### **2.4. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Mehmet- Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde bulunan kardiyoloji polikliniklerinde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesindeki üç kardiyoloji polikliniğine günde ortalama 80 hasta başvurmaktadır ve bu hastaların en az altısını esansiyel hipertansiyonu olan bireyler oluşturmaktadır. Bu birimde üç adet muayene odası ve her bir muayene odasında da iki adet koltuk, bir adet muayene yatağı ve bir doktor görev yapmaktadır. Örnek alma ünitesinde bir hemşire görev almaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Kayseri ili belediye sınırları içinde yer alan Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine 15 Ekim 2012-30 Mart 2013 tarihleri arasında başvuran ortalama 1250 hasta ve esansiyel hipertansiyon tanısı olan hastalar oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini, 15 Ekim 2012-30 Mart 2013 tarihleri arasında söz konusu hastanenin kardiyoloji polikliniklerine esansiyel (primer) hipertansiyon tanısıyla

başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan populasyonun en azından %30'una ulaşılması (min 375 kişi) yeterli olacaktır. Bu hastaların belirlenmesinde şu kriterler dikkate alınmıştır:

- Onsekiz yaşından büyük ve en az 6 ay önce esansiyel hipertansiyon tanısı almış,
  - Başka bir kronik hastalığı olmayan,
  - Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun,
  - İletişim sorunu olmayan ve
  - Araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.
- Araştırmaya beş kişi katılmak istemediği ve 10 kişinin de verileri eksik olduğu için dahil edilmemiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, polikliniklere başvuran esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-1), hastaların hastalık algı düzeylerini belirlemek amacı ile uygulanan “Hastalık Algısı Ölçeği” (Ek-2), hipertansif hastalarda ilaca uyum-öz etkililiği hakkında kapsamlı bilgi edinmek amacı ile uygulanan ”İlaç Tedavisine Uyum-Öz Etkililik Ölçeği Kısa Formu” (Ek-3) ve hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile uygulanan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)**

Kişisel bilgi formu esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaca uyum arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik özellikler, yaşam şekli, ilaç tedavisi, esansiyel hipertansiyon ve kontrolüne yönelik davranış özelliklerini belirlemek amacı ile literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (7,20,21,48,92,111). Bu formda yer alan sorular iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular ikinci bölümde ise sağlık durumuna ilişkin sorular yer almaktadır. Birinci bölümde toplam 11, ikinci bölümde ise dokuz soru olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır.

### 3.6.1.2. Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-2)

1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiş olup, Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkiye 'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve ark. (127) tarafından yapılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu; sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içermektedir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturmaktadır. Hastalık belirtilerinde puan yüksekse, hastanın hastalığa eşlik eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu; 38 maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanmaktadır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Tedavi kontrolü kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırmaktadır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırmaktadır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırmaktadır. Değerlendirmede, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kronisitesini, hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası

olduğunu göstermektedir. Kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kişisel anlaşılabilirliği ve hastalığın, tedavinin kontrol edilebilirliği hakkında pozitif inançları göstermektedir. Emosyonel temsillerde yüksek puan, kişinin hastalığıyla ilgili olumsuz duyguların yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastalık nedenleri boyutu; hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırmaktadır ve dört alt ölçek içermektedir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör. stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şanstır (ör. kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Kocaman ve ark. (127) tarafından yapılan Hastalık Algısı Ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışmasında; birinci boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. İkinci boyutun alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları 0.69-0.77 arasında bulunmuştur, Üçüncü boyutun iç tutarlılık katsayısı 0.25-0.72 arasında bulunmuştur.

Tüm hastalarda olduğu gibi hipertansiyon hastalarının da; hastalığın belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili hastaların kendi düşüncelerini öğrenilmelidir. Çünkü bu düşünceler kişilerin tedavi ve mevcut olan durumun kontrolü ile ilgili inançlarını içermektedir.

### **3.6.1.3.İlaç Tedavisine Uyum Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu (Ek-3)**

Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilip 2008 yılında revize edilen hipertansif hastalarda “İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin (MASES-R)” Türkiye de geçerlilik güvenirlik çalışması Hacıhasanoğlu ve ark (150) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa formunun iç tutarlılık katsayısının 0.94 olduğu belirlenmiştir (150). Her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı “her zaman” alabileceğinizden ne kadar emin olduğunu ölçmek için “hiç emin değilim”, “biraz eminim”, “eminim”, “çok eminim” şeklinde derecelendirilmiştir. Hiç emin değilim 1, biraz eminim 2, eminim 3, çok eminim 4 puan olarak değerlendirilmiştir ve toplam en az 13 puan, en fazla 52 puan olarak

belirlenmiştir. Ölçek toplam puan değeri arttıkça ilaca uyum öz-etkililik düzeyleri artmaktadır (150).

Toplumumuzda hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum oranının düşük olmasından dolayı bu kişilerde reçete edilmiş antihipertansif ilaçlar kullanma ve buna bağlı inançlarını ölçmek için kısa form kullanılmaktadır.

#### **3.6.1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-4)**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark.(1987) tarafından geliştirilmiştir. Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı ise 0.92'dir.

Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker ve ark. 1996). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için 0.92 olup, altı alt faktör için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir.

Ölçeğin Türkiye'de ilk versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997'de Esin (152), ikinci versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1998'de Akça, 2007'de ise Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bizim çalışmamızda Bahar ve ark. (124) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin derecelendirmesi dörtlü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahip olmasından dolayı bu ölçek kullanılmıştır. Alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; Sağlık Sorumluluğu (0.77), Fiziksel Aktivite (0.79), Beslenme (0.68), Manevi Gelişim (0.79), Kişilerarası İlişkiler (0.80), Stres Yönetimi (0.64) olarak saptanmıştır. Ölçek II "ye "Yeterince uyurum", "İlahi bir gücün varlığına inanırım", "Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım" ve "Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım" maddeleri eklenmiştir. (124).

Araştırmamızda bu ölçeği kullanmamızın amacı; hipertansiyon tedavisinde etkili olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hipertansiyon hastalarının uygulama düzeylerini belirlemektir.

### **3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesinin de bulunan kardiyoloji polikliniklerine başvuran, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanan formları cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaşından büyük ve en az 6 ay önce hipertansiyon tanısı almış 10 bireye 15-29 Eylül 2012 tarihlerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sırasında elde edilen veriler araştırma verilerine dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrasında ölçeklerle uyumlu olarak hazırlanan dokuz (9) soru tekrarlı verilere neden olduğu için anket sorularından çıkarılmıştır. Dolayısıyla Kişisel Bilgi Formu'ndaki soru sayısı ön uygulama sonrası 29 sorudan 20 soruya indirilmiştir.

### **3.6.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler araştırmaya ilişkin etik kurul ve çalışma yapılacak kurumdan izinler alındıktan sonra çalışmaya katılan bireylere, çalışmanın amacı ve yöntemi açıklanıp, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra çalışmada verileri okuma yazma bilenlerin kendileri cevaplamaları bilmeyenlerin de araştırmacı tarafından uygulanması sağlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu'nu doldurma süresi ortalama yedi dk, Hastalık Algısı Ölçeği'ni doldurma süresi ortalama 20 dk, İlaç Tedavisine Uyum-Öz Etkililik Ölçeği'ni doldurma süresi ortalama yedi dk, ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II "yi doldurma süresi ortalama 15 dk. olmak üzere ortalama 45 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde, sürekli ölçümlere ait normallik kontrolleri Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir ve normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Sosyo demografik özelliklerin ölçek puanları bakımından karşılaştırmalarında Student t testi ve varyans analizi testi (one Way ANOVA) kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile test edilmiştir. İkili karşılaştırmalar için, varyansların homojen olduğu



durumda LSD, varyansların homojen olmadığı durumda ise Games-Howell testi kullanılmıştır. Sürekli ölçümler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. İstatistik anlamlılık için  $p < 0.05$  alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

## **4. BULGULAR**

Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bulgular dört (4) ana başlık altında incelendi.

- 4.1.** Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri İle İlgili Bulgular
- 4.2.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile İlgili Bulgular
- 4.3.** Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulgular
- 4.4.** Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulgular

## 4.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çizelge 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri

Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	253	67,5
Erkek	122	32,5
<b>Yaş</b>		
40 ve altı yaş	13	3,5
41-49 yaş arası	60	16
50-59 yaş arası	157	41,9
60-69 yaş arası	100	26,7
70 ve üzeri yaş	45	12
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur yazar Değil	66	17,6
Okur yazar	39	10,4
İlköğretim	203	54,1
Lise	51	13,6
Yüksekokul ve Üniversite	16	4,3
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelirim giderimden az	37	9,9
Gelirim giderime denk	323	86,1
Gelirim giderimden fazla	15	4
<b>Yaşanılan Yer</b>		
İl	297	79,2
İlçe+köy	78	20,8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	301	80,3
Bekar	74	19,7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	104	27,7
Hayır	271	72,3
<b>Ailede Hipertansiyon Öyküsü</b>		
Evet	299	79,7
Hayır	76	20,3
<b>Hipertansiyon Nedeniyle Ölüm</b>		
Evet	106	28,3
Hayır	269	71,7
<b>Hipertansiyon Tanısının Süresi</b>		
1-5 Yıl arası	121	32,3
6-10 Yıl arası	153	40,8
11 Yıl ve üzeri	101	26,9
<b>Kan Basıncı Kontrolü</b>		
Kan Basıncı Kontrol Altında	198	52,8
Kan Basıncı Kontrol Altında Değil	80	21,3

**Çizelge 4.1.1. (Devam) Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri**

<b>Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
Zayıf + Normal	44	11,7
Kilolu	171	45,6
Obez+Morbid obez	160	42,7
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>		
Evet	314	83,7
Hayır	61	16,3
<b>Sağlık Kontrolüne Gitme</b>		
Evet	311	82,9
Hayır	64	17,1
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	123	32,8
Hayır	252	67,2
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	15	4
Hayır	360	96

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların sosyo–demografik özellikleri ve klinik özellikleri Çizelge 4.1.1’de verilmiştir. Çalışmaya katılan 18 yaş ve üzeri bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %67,5’inin kadın, % 41,9’unun 50-59 yaş aralığında, %54,1’inin ilköğretim ve üstü, çoğunluğunun evli ve çalışmadığı belirlenmiştir. Hipertansif bireylerin çoğunluğunun 6 ve üzeri yıldır hipertansif olduğu, yarısına yakınının kan basınçlarının kontrol altında ve çoğunluğunun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu belirlenmiştir. Yine bireylerin; % 88,1’nin normal kilonun üzerinde olduğu, %32,8’inin sigara kullandığı ve çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı ve sağlık kontrolüne gittiği tespit edilmiştir.

## 4.2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLAÇ UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çizelge 4.2.1. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Gruplarının ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)		
Alt Boyutları	n	ort± ss
Sağlık Sorumluluğu	9	20,20±3,14
Fiziksel Aktivite	8	12,04±4,85
Beslenme	9	23,44±2,99
Manevi Gelişim	9	23,90±3,34
Kişilerarası İlişkiler	9	24,44±3,38
Stres Yönetimi	8	19,17±3,08
SYBDÖ II Toplam	52	123,21±14,06
İTUÖ-E	13	39,90±7,08

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Gruplarının ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları Çizelge 4.2.1 'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ II toplam ve SSP, FAP, SYP alt ölçek boyutlarında orta düzeyin altında puan aldıkları, İTUÖ-E Toplam ve BP, MGP, KİP alt ölçek boyutlarında ise orta düzeyin üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir.

**Çizelge 4.2.2 Bireylerin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyo Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II							İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği
	SSP Ort± SD	FAP Ort± SD	BP Ort± SD	MGP Ort± SD	KİP Ort± SD	SYP Ort± SD	SYBDÖ_II Toplam	
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	20,15± 3,07	11,85±4,60	23,60±2,84	23,76±3,16	24,36±3,25	19,19±3,06	122,93±13,39	40,65±6,57
Erkek	20,28± 3,29	12,43±5,32	23,11±3,25	24,20±3,69	24,62±3,62	19,12±3,14	123,78±15,40	38,35±7,83
p	0,711	0,303	0,141	0,231	0,487	0,827	0,584	<b>0,003</b>
<b>Yaş</b>								
40 ve altı yaş	20,69±4,40	12,38±4,44	21,76±5,35	24,23±4,78	24,53±4,29	18,46±3,23	122,07±19,92	37,61±11,56
41-49 yaş arası	20,40±3,08	11,95±4,95	24,08±2,18	24,48±3,26	24,88±3,24	19,71±3,32	125,51±13,03	38,78±7,73
50-59 yaş arası	20,14±3,16	11,85±4,74	23,45±2,95	23,66±3,30	24,12±3,14	19,14±2,94	122,38±13,42	40,10±7,04
60-69 yaş arası	20,07±2,65	12,58±4,84	23,78±2,97	24,18±2,93	24,71±3,15	19,26±3,06	124,58±14,14	40,76±5,04
70 ve üzeri yaş	20,26±3,81	11,53±5,27	22,26±2,80	23,28±3,91	24,40±4,43	18,55±3,20	120,31±15,24	39,46±8,43
p	0,940	0,729	<b>0,009</b>	0,294	0,502	0,350	0,278	0,397
<b>Eğitim düzeyi</b>								
Okur yazar değil	19,74±3,32	10,83±4,52	22,75±3,08	22,50±3,32	23,07±3,27	18,22±3,13	117,13±14,24	39,18±7,89
Okur yazar	19,89±2,42	13,87±5,06	23,43±3,26	24,38±3,55	24,33±3,06	20,25±3,74	126,17±16,05	39,92±7,38
İlköğretim mezunu	20,31±3,19	11,60±4,69	23,74±2,76	24,11±3,23	24,88±3,35	19,06±2,88	123,73±13,45	40,15±6,56
Lise mezunu	20,43±3,33	12,62±4,71	23,37±3,07	24,01±3,23	24,33±3,63	19,60±2,83	124,39±12,44	39,98±7,73
Yüksekokul ve Üniversite mezunu	20,62±2,82	16,31±4,86	22,62±4,01	25,50±3,26	25,25±2,84	20,37±3,26	130,68±13,86	39,43±7,66
p	0,629	<b>&lt;0,001</b>	0,146	<b>0,002</b>	<b>0,004</b>	<b>0,005</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,907
<b>Gelir düzeyi</b>								
Gelirim giderimden az	19,48±4,35	10,29±3,79	21,86±3,81	24,08±4,53	24,13±4,14	17,70±4,05	117,56±18,36	35,16±9,16
Gelirim giderime denk	20,30±3,00	12,20±4,91	23,62±2,87	23,90±3,22	24,49±3,30	19,33±2,92	123,86±13,49	40,49±6,75
Gelirim giderimden fazla	19,80±2,36	12,86±5,05	23,46±2,16	23,46±2,16	24,20±3,09	19,40±2,89	123,20±11,65	39,00±2,77
p	0,435	<b>0,026</b>	<b>0,039</b>	0,790	0,795	0,079	0,152	<b>0,003</b>

**Çizelge 4.2.2 (Devam) Bireylerin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyo Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II							İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği
	SSP	FAP	BP	MGP	KİP	SYP	SYBDÖ_II Toplam	
<b>Yaşanılan yer</b>								
İl	20,24±3,06	12,26±4,94	23,67±2,86	24,19±3,38	24,67±3,35	19,41±3,10	124,46±14,20	40,17±6,69
İlçe+köy	20,01±3,46	11,19±4,41	22,57±3,30	22,80±2,94	23,60±3,35	18,24±2,82	118,43±12,50	38,88±8,38
p	0,556	0,065	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>	<b>0,013</b>	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>	0,211
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>								
Yalnız	18,84±3,23	12,30±5,23	22,38±3,71	22,92±4,35	22,80±4,18	17,92±3,81	117,19±19,47	39,34±7,30
Eşi ve çocukları	20,35±3,05	12,28±4,92	23,60±2,86	24,12±3,22	24,64±3,19	19,38±3,03	124,38±13,30	39,59±7,09
Diğer	20,00±3,49	10,50±3,91	23,05±3,23	23,13±3,32	24,11±3,78	18,58±2,80	119,41±14,00	42,03±6,65
p	0,057	<b>0,021</b>	0,085	<b>0,045</b>	<b>0,021</b>	<b>0,050</b>	<b>0,021</b>	0,068
<b>Çalışma durumu</b>								
Evet	20,13±3,43	12,25±5,03	23,58±2,96	24,06±3,59	24,47±3,60	19,21±3,06	123,72±14,94	38,69±8,19
Hayır	20,22±3,03	11,96±4,78	23,38±3,00	23,84±3,24	24,43±3,29	19,15±3,09	123,01±13,73	40,37±6,56
p	0,803	0,609	0,565	0,565	0,935	0,882	0,665	<b>0,040</b>
<b>Ailede hipertansiyon öyküsü</b>								
Evet	20,26±3,14	12,04±4,77	23,40±3,07	24,06±3,25	24,67±3,26	19,19±3,04	123,63±13,69	39,93±7,16
Hayır	19,96±3,15	12,05±5,17	23,60±2,65	23,28±3,62	23,56±3,69	19,07±3,26	121,55±15,40	39,77±6,79
P	0,458	0,984	0,596	0,072	0,011	0,766	0,250	0,858
<b>Hipertansiyon nedeniyle ölüm</b>								
Evet	20,22±3,00	11,25±4,25	23,62±2,94	24,44±3,12	25,23±3,57	19,15±2,99	123,93±13,50	39,97±7,24
Hayır	20,18±3,20	12,35±5,03	23,37±3,01	23,69±3,41	24,13±3,25	19,18±3,12	122,92±14,29	39,88±7,03
p	0,919	<b>0,034</b>	0,465	0,051	<b>0,004</b>	0,930	0,534	0,911
<b>Hipertansiyon tanı süresi</b>								
1-5 Yıl arası	20,17±3,11	12,38±5,05	23,21±3,06	24,08±3,65	24,61±3,54	19,41±3,10	123,88±14,47	39,30±7,85
6-10 Yıl arası	20,07±2,98	11,89±4,64	23,90±2,84	24,01±3,06	24,47±3,12	19,47±2,94	123,83±13,52	39,71±6,47
11 Yıl ve üzeri	20,41±3,43	11,85±4,93	23,00±3,05	23,53±3,37	24,21±3,56	18,43±3,16	121,46±14,35	40,91±6,95
P	0,701	0,635	0,038	0,420	0,686	<b>0,019</b>	0,345	0,223

**Cizelge4.2.2 (Devam) Bireylerin Sağlık ve Hastalık Öykülerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sağlık ve Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II							İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği
	SSP	FAP	BP	MGP	KİP	SYP	SYBDÖ_II Toplam	
<b>Kan basıncı durumu</b>								
Kan Basıncı Kontrol Altında	20,46±3,08	12,53±4,93	23,96±2,58	24,25±3,00	24,93±3,25	19,47±2,96	125,64±12,96	41,53±6,41
Kan Basıncı Kontrol Altında Değil	19,12±2,61	10,68±4,57	24,28±1,93	23,38±2,89	23,62±3,12	18,75±2,71	119,86±11,40	40,57±5,94
P	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>	0,257	<b>0,028</b>	<b>0,002</b>	0,058	<b>0,001</b>	0,252
<b>BKİ</b>								
Zayıf + Normal	20,25±3,46	13,09±4,81	22,50±3,15	23,36±2,97	23,88±2,84	19,13±3,18	122,22±14,40	38,70±7,36
Kilolu	20,14±3,15	11,78±4,77	23,43±3,03	23,85±3,35	24,59±3,37	19,18±3,08	123,01±14,53	39,35±7,28
Obez+Morbid obez	20,24±3,06	12,02±4,92	23,70±2,86	24,10±3,43	24,44±3,52	19,17±3,08	123,70±13,52	40,83±6,70
p	0,955	0,284	0,060	0,415	0,463	0,996	0,802	0,080
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>								
Evet	20,40±3,13	12,42±4,87	23,55±2,93	24,07±3,26	24,64±3,29	19,38±3,05	124,48±13,88	41,40±5,88
Hayır	19,14±3,03	10,08±4,22	22,88±3,24	23,03±3,65	23,45±3,64	18,08±3,01	116,68±13,23	32,18±7,72
P	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,112	<b>0,026</b>	<b>0,012</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sağlık kontrolüne gitme</b>								
Evet	20,27±3,03	12,41±4,93	23,44±2,87	24,07±3,19	24,62±3,17	19,42±3,05	124,26±13,65	40,15±6,37
Hayır	19,38±3,64	10,21±3,97	23,43±3,53	23,09±3,93	23,57±4,16	17,96±2,96	118,12±14,98	38,70±9,80
P	0,300	<b>&lt;0,001</b>	0,988	0,065	0,061	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,260
<b>Sigara kullanımı</b>								
Evet	20,17±2,92	12,09±4,77	23,65±2,98	24,17±2,99	25,06±3,42	19,17±2,86	124,34±13,08	39,13±7,49
Hayır	20,21±3,25	12,01±4,89	23,33±2,99	23,77±3,50	24,14±3,32	19,17±3,19	122,65±14,51	40,28±6,85
P	0,928	0,879	0,330	0,260	<b>0,013</b>	0,981	0,275	0,142

SSP: Sağlık Sorumluluğu Puanı  
FAP: Fiziksel Aktivite Puanı  
BP: Beslenme Puanı

MGP: Manevi Gelişim Puanı  
KİP: Kişilerarası İlişkiler Puanı  
SYP: Stres Yönetimi Puanı



Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bu özelliklerin SYBDÖ puan ortalaması ve bu formun SSP, FAP, BP, MGP, KİP ve SYP alt ölçekleri puan ortalamaları ve İTU-ÖE Ölçeği puan ortalaması ile yapılan istatistiksel değerlendirmeler Çizelge 4.2.2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile İTU-ÖE ortalamaları istatistiksel olarak fark anlamlı çıkmıştır (Çizelge 4.2.2). Kadınların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması erkeklerden daha yüksek çıkmıştır ( $p=0,003$ ). 70 ve üzeri yaş grubunda olan bireylerin beslenme puan ortalamaları 40-49 yaş grubu ve 60-69 yaş grubu olanlardan daha düşük bulunmuştur ( $p=0,009$ ).

Okuryazar olmayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve SSP, FAP, MGP, KİP, SYP alt ölçek puan ortalamaları en düşük yüksekokul ve üstü mezunlarının ise diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır (sırasıyla;  $p<0,001$ ;  $p=0,629$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,005$ ). Araştırmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun gelir düzeyi giderine denk idi. Gelir durumu gider durumuna denk olan kişilerin İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Yine geliri giderinden az olan grubun SYBDÖ’nin FAP ve BP alt ölçek puanları diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlendi.

İlde yaşayan hipertansif bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve BP, MGP, SYP alt ölçek puan ortalamalarının ilçe ve köyde yaşayan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır (sırasıyla;  $p=0,001$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ). Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve MGP, KİP, SYP alt ölçek puan ortalamaları yalnız yaşayan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır (sırasıyla;  $p=0,021$ ;  $p=0,045$ ;  $p=0,021$ ;  $p=0,050$ ). Yalnız yaşayan hipertansif bireylerin ise FAP alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,021$ ). Çalışmayan hipertansif bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması çalışan bireylere göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır ( $p=0,040$ ). Ailede hipertansiyon öyküsü ve hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşayan bireylerin KİP alt ölçek puan ortalaması ailede hipertansiyon öyküsü ve ölüm olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,011$ ;  $p=0,004$ ). Araştırmaya

katılan bireylerin hipertansiyon tanısı alma süresi en çok 6-10 yıl olarak bulunmuş idi. Bu gruptaki bireylerin BP ve SYP alt ölçek puan ortalamalarının 5 yıldan az ve 11 yıldan fazla olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,038$ ;  $p= 0,019$ ).

Araştırmamıza katılan bireylerden kan basıncı kontrol altında olan kişilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve SSP, FAP, MGP, KİP ve SYP alt ölçek puan ortalamaları kan basıncı kontrol altında olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır (sırasıyla;  $p= 0,001$ ;  $p= 0,001$ ;  $p= 0,003$ ;  $p= 0,028$ ;  $p=0,002$ ;  $p= 0,058$ ). Araştırmamızda bireylerin büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı tespit edilmiş idi. Düzenli ilaç kullanan bireylerin; İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması, SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve SSP, FAP, BP, MGP, KİP ve SYP alt ölçek puan ortalamaları düzenli ilaç kullanmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak fark anlamlı çıkmıştır (sırasıyla;  $p<0,001$ ;  $p< 0,001$ ;  $p=0,004$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,112$ ;  $p=0,026$ ;  $p=0,012$ ;  $p=0,002$ ). Araştırmamıza katılan bireylerden düzenli sağlık kontrolüne giden kişilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve FAP, SYP alt ölçek puan ortalamaları sağlık kontrolüne düzenli olarak gitmeyen bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Araştırmamızda sigara kullanan bireylerde KİP alt ölçek puan ortalaması sigara kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p= 0,013$ ). Araştırmamızda alkol kullanım oranı düşük olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

### 4.3. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çizelge 4.3.1. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımları

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	HAÖ Boyutları	soru sayısı	ort± ss
Hastalık Belirtileri (Kimlik)		14	25,43±2,08
Hastalık Algısı	Süre (Akut/ Kronik)	6	23,15±3,45
	Süre (Döngüsel)	4	15,51±2,82
	Sonuçlar	6	19,03±2,96
	Kişisel Kontrol	6	22,30±4,42
	Tedavi Kontrolü	5	15,69±2,76
	Hastalığı Anlayabilme	5	11,53±3,53
	Duygusal Temsiller	6	23,38±5,15
Hastalık Nedenleri	Neden	12	39,77±9,10

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımları Çizelge 4.3.1 'de verilmiştir. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları arasında hastalık nedenleri, hastalık belirtileri (kimlik) ve hastalık algısı alt boyutları arasında Süre (A/K), Süre (D), Sonuçlar, Kişisel Kontrol ve Duygusal Temsiller alt boyut ölçeği puan ortalamaları orta düzeyin üstünde belirlenmiştir. Tedavi kontrolü alt ölçek boyutu puan ortalaması orta düzeyde bulunurken, hastalığı anlayabilme alt ölçek boyutu puan ortalamasının orta düzeyin altında olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4.3.2. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Alt Boyutu Bulgularının Dağılımı**

Belirtiler	Hastalığının Başlangıcından Beri Bu Belirtileri Yaşadım (Evet %)	Bu Belirti Hastalığımla İlgili (Evet %)
Ağrı	<b>62 (%16,5)</b>	42 (%11,2)
Boğazda yanma	37 (%9,9)	24 (%6,4)
Bulantı	61 (%16,3)	46 (%12,3)
Soluk almada güçlük	51 (%13,6)	31 (%8,3)
Kilo kaybı	19 (%5,1)	7 (%1,9)
Yorgunluk	<b>65 (%17,3)</b>	43 (%11,5)
Eklem sertliği	30 (%8)	30 (%8)
Gözlerde yanma	<b>198 (%52,8)</b>	<b>198 (%52,8)</b>
Hırıltılı soluma	25 (%6,7)	25 (%6,7)
Baş ağrıları	<b>326 (%86,9)</b>	<b>326 (%86,9)</b>
Mide yakınmaları	<b>99 (%26,4)</b>	<b>99 (%26,4)</b>
Uyku güçlükleri	32 (%8,5)	32 (%8,5)
Sersemlik hissi	27 (%7,2)	27 (%7,2)
Güç kaybı	32 (%8,5)	32 (%8,5)

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Alt Boyutu Bulgularının Dağılımı Çizelge 4.3.2’de verilmiştir. Araştırmamıza katılan bireyler hastalığın başlangıcından beri en fazla baş ağrısı (%86,9), gözlerde yanma (%52,8) ve mide yakınmaları (%26,4) belirtilerini yaşadıklarını ve bu belirtileri hastalıkları ile ilgili olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan bireyler belirti olarak en az kilo kaybı yaşadıklarını (%5,1) ve bu belirtiyi %1,9’u hastalığı ile ilgili bulmuştur.

Çizelge 4.3.3. Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenleri Puan Ortalamalarının Dağılımları

Olası Hastalık Nedenleri	Ort± SD $\bar{X} \pm SD$	Ort± SD
<b>Psikolojik Atıflar</b>		
Stres ya da endişe	4,53±0,62	15,34±3,91
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	2,10±1,09	
Aile problemleri	2,88±1,36	
Aşırı çalışma	2,07±1,17	
Duygusal durumum, örneğin kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	2,08±1,15	
Kişilik özelliklerim	1,66±0,86	
<b>Risk Faktörleri</b>		
Kalıtısal (irisi)	3,83±1,11	14,70±4,12
Diyet-yemek alışkanlıkları	1,80±1,05	
Geçmişteki kötü tıbbi bakım	1,76±0,89	
Kendi davranışım	2,05±1,06	
Yaşlanma	1,94±1,14	
Alkol	1,60±0,78	
Sigara içme	1,70±0,93	
<b>Bağışıklık</b>		
Bir mikrop ya da virüs	1,43±0,73	4,97±1,97
Çevre kirliliği	1,77±0,87	
Vücut direncimin azalması	1,77±0,99	
<b>Kaza ve Şans</b>		
Şans ya da kötü talih	3,22±1,30	4,74±1,48
Kaza ya da yaralanma	1,51±0,62	
Neden Toplam Puan		

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenleri Puan Ortalamalarının Dağılımları Çizelge 4.3.3 'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin hastalık nedenleri olarak stres ya da endişe, aile problemleri, kalıtısal (irisi) ve şans ya da kötü talih'i daha yüksek oranda düşündükleri tespit edilmiştir (Çizelge4.3.3)



Çizelge 4.3.4 Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımları											
	Kimlik	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri			
		Süre (Akut/Kronik)	Süre (Döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Fakt	Bağışık	Kaza Şans
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	25,37±2,14	23,24±3,35	15,53±2,71	19,38±2,86	22,33±4,44	15,76±2,80	11,45±3,46	23,67±5,19	15,32±3,96	14,48±3,82	4,91±1,92	4,88±1,38
Erkek	25,56±1,96	22,98±3,66	15,44±3,03	18,31±3,04	22,25±4,40	15,56±2,70	11,69±3,68	22,78±5,04	15,40±3,80	15,16±4,65	5,10±2,06	4,45±1,62
p	0,399	0,499	0,722	<b>0,001</b>	0,867	0,519	0,535	0,119	0,858	0,136	0,384	<b>0,012</b>
<b>Yaş</b>												
40 ve altı	25,76±2,24	19,92±4,38	14,00±3,21	17,53±3,45	21,30±3,25	15,76±2,52	13,23±2,86	22,23±5,08	16,46±5,04	16,15±4,61	5,84±2,30	4,15±1,62
41-49	25,26±2,20	23,76±3,07	15,96±3,14	18,75±3,06	23,10±4,23	15,78±2,88	10,93±3,50	23,88±4,95	15,58±3,66	15,16±3,93	4,83±2,09	4,50±1,57
50-59	25,59±1,99	23,58±3,14	15,69±2,79	19,02±2,79	22,52±4,65	15,80±2,70	10,96±3,06	23,37±5,40	14,84±4,01	14,34±4,17	4,81±1,83	4,91±1,36
60-69	25,45±2,07	23,04±3,57	15,46±2,62	19,05±2,75	22,41±4,19	15,78±2,38	11,92±3,95	23,05±5,05	15,32±3,90	14,56±4,16	4,86±1,86	4,76±1,39
70 ve üzeri	24,97±2,20	22,04±3,75	14,86±2,63	19,84±3,54	20,57±4,32	15,02±3,62	12,95±3,77	23,82±4,85	16,53±3,31	15,26±3,90	5,75±2,22	4,60±1,81
p	0,436	<b>&lt;0,001</b>	0,079	0,284	<b>0,042</b>	0,551	<b>0,002</b>	0,745	0,091	0,341	<b>0,023</b>	0,249
<b>Eğitim durumu</b>												
Okur yazar değil	25,36±2,07	23,00±3,12	15,39±2,67	19,92±3,26	21,36±5,26	14,65±3,34	11,83±3,26	23,90±5,56	14,87±3,71	13,66±3,77	4,59±1,60	4,98±1,35
Okur yazar	25,92±1,57	23,35±3,68	15,66±2,80	18,97±2,04	22,71±5,43	15,58±3,03	10,82±3,77	23,87±3,89	15,46±3,83	14,79±4,73	5,51±2,93	4,97±1,38
İlköğretim	25,28±2,22	23,47±3,22	15,68±2,78	18,97±2,93	22,66±4,11	15,97±2,49	11,57±3,71	23,54±4,92	15,55±3,98	14,88±4,11	4,91±1,96	4,70±1,47
Lise	25,54±1,92	22,13±4,47	15,00±2,95	18,33±3,22	22,01±3,81	16,05±2,59	11,41±3,15	21,41±6,05	15,47±4,22	14,86±4,19	5,21±2,05	4,31±1,64
Yüksekokul ve üstü	26,06±1,76	22,50±2,92	15,12±3,55	18,50±2,42	21,68±3,21	15,68±2,65	11,87±2,94	24,31±5,01	14,06±2,76	16,06±3,33	5,37±1,92	4,93±1,56
p	0,303	0,133	0,557	0,051	0,342	0,067	0,683	0,055	0,509	0,171	0,134	0,161

Çizelge 4.3.4 (Devam) Bireylerin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları											
	Kimlik	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları						Hastalık Nedenleri				
		Süre Akut/Kronik	Süre (Döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Fakt	Bağışıklama	Kaza Şans
<b>Gelir düzeyi</b>												
Az	24,72±2,58	21,91±3,83	14,29±3,28	18,24±3,30	19,75±4,47	14,70±3,23	13,43±3,14	21,59±5,18	17,64±4,49	16,91±5,52	5,81±2,40	4,59±1,90
Gelirim giderime denk	25,50±2,01	23,30±3,39	15,62±2,78	19,09±2,92	22,58±4,37	15,77±2,72	11,26±3,44	23,55±5,22	15,14±3,80	14,41±3,86	4,87±1,92	4,73±1,44
Gelirim giderimden fazla	25,60±1,88	23,06±3,26	16,26±1,57	19,73±2,73	22,66±3,51	16,46±1,95	12,53±4,85	24,06±2,01	14,00±2,64	15,60±3,97	5,20±1,42	5,26±0,96
p	0,225	0,069	<b>0,024</b>	0,166	<b>0,001</b>	0,045	<b>0,001</b>	0,078	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,029</b>	0,076	0,126
<b>Yaşanılan yer</b>												
İl	25,54±1,92	23,29±3,19	15,55±2,81	19,02±2,86	22,59±4,34	15,80±2,58	11,49±3,66	23,20±5,30	15,16±3,96	14,60±4,17	4,95±1,98	4,78±1,43
İlçe+köy	25,00±2,56	22,61±4,28	15,37±2,86	19,07±3,35	21,21±4,57	15,30±3,37	11,69±3,01	24,07±4,49	16,03±3,62	15,07±3,90	5,06±1,94	4,58±1,65
p	<b>0,038</b>	0,191	0,610	0,898	<b>0,014</b>	0,231	0,618	0,182	0,080	0,373	0,668	0,352
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>												
Yalnız	25,07±2,31	23,69±3,29	15,15±2,37	19,92±3,09	19,88±5,22	14,69±2,94	11,92±2,76	23,69±5,75	14,80±4,11	13,38±5,08	4,65±4,12	5,03±1,24
Eşi ve çocukları	25,42±2,11	23,13±3,47	15,58±2,91	18,81±2,85	22,55±4,30	15,73±2,77	11,39±3,19	23,07±5,17	15,38±3,89	14,87±4,10	4,98±2,31	4,75±1,48
Diğer	25,68±1,79	23,03±3,41	15,33±2,50	19,88±3,32	22,09±4,38	16,00±2,60	12,15±3,49	25,03±4,40	15,39±3,93	14,41±3,57	5,09±1,89	4,49±1,54
p	0,469	0,705	0,672	<b>0,016</b>	<b>0,012</b>	0,130	0,306	<b>0,040</b>	0,766	0,181	0,640	0,280



**Çizelge 4.3.4 (Devam) Bireylerin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Dağılımları**

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları											
	Kimlik	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri			
		Süre Akut/Kronik	Süre (Döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Fakt	Bağışık	Kaza Şans
<b>Ailede hipertansiyon öyküsü</b>												
Evet	25,42±2,12	23,26±3,36	15,62±1,73	18,82±2,92	22,64±4,13	15,82±2,64	11,23±3,35	23,50±4,95	15,41±4,05	15,03±3,94	5,05±1,91	4,75±1,46
Hayır	25,48±1,92	22,72±3,76	15,10±3,12	19,84±3,02	21,00±5,24	15,19±3,19	12,72±3,98	22,92±5,88	15,09±3,31	13,43±4,54	4,69±2,17	4,68±1,53
p	0,807	0,221	0,190	<b>0,008</b>	<b>0,013</b>	0,077	<b>0,003</b>	0,430	0,472	<b>0,002</b>	0,164	0,707
<b>Hipertansiyon nedeniyle ölüm</b>												
Evet	25,03±2,44	23,51±3,20	16,00±2,49	18,76±2,96	22,58±4,16	15,80±2,99	11,02±3,14	23,90±4,27	15,73±3,96	15,34±3,51	5,30±1,83	4,88±1,56
Hayır	25,59±1,90	23,01±3,54	15,32±2,92	19,14±2,96	22,20±4,52	15,65±2,68	11,73±3,66	23,17±5,45	15,19±3,88	14,45±4,31	4,85±2,01	4,68±1,44
p	<b>0,038</b>	0,204	<b>0,037</b>	0,268	0,450	0,651	0,064	0,173	0,230	<b>0,039</b>	<b>0,046</b>	0,233
<b>Hipertansiyon tanısının süresi</b>												
1-5 Yıl arası	25,52±1,88	22,99±3,42	15,82±2,85	18,30±3,13	22,80±4,52	15,95±2,63	11,09±3,29	23,68±4,29	15,23±3,83	14,78±4,51	5,24±2,32	4,80±1,47
6-10 Yıl arası	25,65±1,92	23,69±3,27	16,06±2,29	19,20±2,50	22,98±4,45	15,91±2,61	10,77±3,34	23,92±4,38	15,01±3,58	14,45±3,73	4,71±1,56	4,75±1,45
11 Yıl ve üzeri	25,00±2,46	22,53±3,65	14,31±3,15	19,65±3,23	20,68±3,87	15,05±3,06	13,20±3,57	22,19±6,78	15,99±4,39	14,99±4,19	5,05±2,03	4,63±1,53
p	0,080	<b>0,025</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,025</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,076	0,181	0,584	0,066	0,667
<b>Kan basıncı durumu</b>												
Kontrol Altında	25,60±2,13	23,81±2,93	16,20±2,38	18,59±2,71	23,40±3,70	16,19±2,28	10,73±3,11	24,25±4,53	14,76±3,54	13,89±3,33	4,55±1,51	4,56±1,52
Kontrol Altında Değil	25,88±1,25	23,73±2,17	15,21±2,59	19,61±3,14	21,86±5,07	15,55±2,82	12,35±4,18	22,62±6,12	14,17±2,87	13,36±2,99	4,10±1,24	4,76±1,23
p	0,167	0,824	<b>0,004</b>	<b>0,007</b>	<b>0,015</b>	<b>0,049</b>	<b>0,002</b>	<b>0,033</b>	0,185	0,213	<b>0,018</b>	0,263

Çizelge 4.3.4 (Devam) Bireylerin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Dağılımları

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları											
	Kimlik	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri			
		Süre Akut/Kronik	Süre (Döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Fakt	Bağışık	Kaza Şans
<b>Beden Kitle İndeksi</b>												
Zayıf + Normal	25,81±1,97	22,97±4,25	15,31±2,86	19,50±3,09	21,15±5,11	15,22±3,49	11,45±3,06	23,54±5,45	15,34±4,22	13,75±4,12	4,88±1,94	4,65±1,65
Kilolu	25,22±2,29	23,23±3,38	15,66±2,62	18,97±3,04	22,71±4,22	15,64±2,56	11,51±3,60	23,43±4,48	15,93±4,01	15,09±4,11	5,17±2,10	4,76±1,44
Obez+Morbid obez	25,55±1,85	23,12±3,30	15,41±3,01	18,97±2,85	22,19±4,40	15,88±2,75	11,57±3,60	23,28±5,73	14,72±3,63	14,55±4,09	4,79±1,82	4,74±1,47
P	0,163	0,897	0,633	0,542	0,105	0,353	0,976	0,939	<b>0,019</b>	0,129	0,202	0,922
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>												
Evet	25,47±2,05	23,24±3,39	15,56±2,83	19,16±2,88	22,49±4,14	15,84±2,61	11,37±3,30	23,43±5,16	15,37±3,82	14,73±3,98	5,03±1,92	4,70±1,45
Hayır	25,21±2,22	22,72±3,75	15,29±2,77	18,37±3,29	21,34±5,59	14,95±3,38	12,34±4,50	23,13±5,10	15,21±4,35	14,55±4,78	4,67±2,21	4,93±1,62
P	0,365	0,282	0,502	0,058	0,130	0,055	0,114	0,676	0,767	0,758	0,185	0,266
<b>Sağlık kontrolüne gitme</b>												
Evet	25,57±1,88	23,46±3,29	15,63±2,76	19,23±2,87	22,61±4,42	15,77±2,80	11,27±3,50	23,63±4,80	3,93±3,93	4,02±4,02	1,96±1,96	1,46±1,46
Hayır	24,75±2,76	21,67±3,82	14,96±3,05	18,06±3,22	20,84±4,17	15,32±2,60	12,81±3,45	22,17±6,51	3,84±3,84	4,56±4,56	2,02±2,02	1,56±1,56
P	<b>0,025</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,088	<b>0,004</b>	<b>0,004</b>	0,240	<b>0,001</b>	0,093	0,709	0,221	0,748	0,681
<b>Sigara kullanımı</b>												
Evet	25,67±1,50	23,47±3,63	16,11±2,57	18,56±2,71	22,84±4,63	15,90±2,79	10,56±2,97	23,93±3,85	15,35±3,70	15,09±4,21	5,08±1,81	4,65±1,53
Hayır	25,31±2,30	23,00±3,35	15,22±2,89	19,26±3,06	22,04±4,30	15,59±2,75	12,00±3,69	23,11±5,66	15,34±4,01	14,51±4,06	4,92±2,04	4,78±1,45
P	0,073	0,219	<b>0,003</b>	<b>0,033</b>	0,101	0,320	<b>&lt;0,001</b>	0,101	0,977	0,200	0,448	0,450

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların sosyo–demografik özellikleri ile bu özelliklerin HAÖ puan ortalaması ve bu formun alt ölçekleri puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeler Çizelge 4.3.4’de verilmiştir. Çalışmaya katılan bireyler arasında Sonuçlar alt ölçek puan ortalaması ve hastalık nedeni olarak Kaza-Şans alt ölçek puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır ( $p= 0,001$ ;  $p=0,012$ ). Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu 50-59 yaş aralığında idi. 40-49 yaş aralığında Süre (Akut/Kronik) ve Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ;  $p=0,042$ ). 70 ve üzeri yaş grubunda ise Hastalık Algısı alt ölçek puan ortalaması ve hastalık nedeni olarak Bağışıklama alt ölçek puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak fark anlamlı çıkmıştır ( $p= 0,002$ ;  $p=0,023$ ). Araştırmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun gelir düzeyi giderine denk idi. Gelir düzeyi giderinden az olan bireylerde Süre (Döngüsel), Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları en düşük, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması ve hastalık nedeni olarak Psikolojik Atıflar, Risk Faktörü alt ölçek puan ortalamaları en yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır (sırasıyla;  $p=0,024$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,045$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,029$ ) (Çizelge 4.3.4).

Araştırmaya katılan bireyler arasında ilde yaşayanların Kimlik ve Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları ilçe+köy’de yaşayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Araştırmamızda eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin Sonuçlar ve Duygusal Temsiller alt ölçek puan ortalaması en düşük bulunurken, Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalaması en yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak fark anlamlı çıkmıştır (sırasıyla;  $p=0,016$ ;  $p=0,040$ ;  $p=0,012$ ). Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunda ailede hipertansiyon öyküsü bulunmaktadır. Bu gruptaki bireylerin Kişisel Kontrol ve Risk Faktörleri alt ölçek puanları diğer gruba göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,013$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,008$ ;  $p=0,003$ ). Ailesinde hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşayan bireylerin Süre (Döngüsel), Risk Faktörleri ve Bağışıklık alt ölçek puan ortalamaları hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,037$   $p=0,039$ ;  $p=0,046$ ) (Çizelge 4.3.4).

Araştırmamıza katılan bireylerin yaklaşık yarısının hipertansiyon tanısı alma süresi 6-10 yıl arası değişmektedir. Bu gruptaki bireylerin Süre (Akut/Kronik), Süre (Döngüsel), Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları en yüksek bulunurken, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması en düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,025$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Hipertansiyon tanı alma süresi 1-5 yıl arasında değişen bireylerin Sonuçlar alt ölçek puan ortalaması en düşük iken, Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması en yüksek bulunmuştur ( $p=0,002$ ;  $p=0,025$ ). Araştırmamıza katılan bireylerin yarısının kan basıncı kontrol altında idi. Bu gruptaki bireylerin Süre (Döngüsel), Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Duygusal Temsiller ve Bağışıklık alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak fark anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla;  $p=0,004$ ;  $p=0,015$ ;  $p=0,049$ ;  $p=0,033$ ;  $p=0,018$ ;  $p=0,007$ ;  $p=0,002$ ). Yine kilolu olan bireylerin Psikolojik Atıflar alt ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,019$ ) (Çizelge 4.3.4).

Araştırmamıza katılan bireylerin yarısından fazlası düzenli ilaç kullanmakta ve sağlık kontrolüne gitmekte idi. Düzenli ilaç kullanan bireylerin Sonuçlar ve Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması düzenli ilaç kullanmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,058$ ;  $p=0,055$ ). Düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin ise Süre (Akut/Kronik), Sonuçlar, Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,001$ ). Araştırmamızda sigara kullanan bireylerin Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması sigara kullanmayanlara göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük tespit edilmiştir ( $p=0,003$ ;  $p=0,033$ ;  $p<0,001$ ) (Çizelge 4.3.4).

**Çizelge 4.4.1 Hastaların Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Birbirleriyle Korelasyonu**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Kimlik	1	,354**	,221**	,043	,287**	,169**	-,273**	,137**	-,222**	,120*	,053	,019	-,076	,126*	,017	-,028
2. Süre (Akut/Kronik)		1	,442**	,108*	,423**	,185**	-,407**	,343**	-,129*	,055	,149**	,025	,037	,034	,044	,076
3. Süre (Döngüsel)			1	-,088	,478**	,238**	-,465**	,510**	-,001	,089	,296**	,147**	,121*	,177**	,196**	,145**
4. Sonuçlar				1	-,115*	-,060	,279**	,108*	,064	,010	,069	-,085	-,041	,073	,018	,094
5. Kişisel Kontrol					1	,474**	-,464**	,261**	,026	,158**	,262**	,237**	,245**	,185**	,272**	,067
6.Tedavi Kontrolü						1	-,135**	,083	,155**	,078	,290**	,250**	,250**	,146**	,275**	,194**
7. Hastalığı Anlayabilme							1	-,270**	,118*	-,120*	-,010	-,132*	-,149**	-,155**	-,118*	,122*
8.Duygusal Temsiller								1	-,053	,151**	,114*	-,028	-,005	,104*	,079	,080
9. Sağlık Sorumluluğu									1	,267**	,293**	,384**	,440**	,390**	,661**	,139**
10. Fiziksel Aktivite										1	,049	,221**	,138**	,464**	,603**	,112*
11. Beslenme											1	,341**	,317**	,289**	,516**	,312**
12. Manevi Gelişim												1	,741**	,598**	,782**	,013
13. Kişilerarası İlişkiler													1	,476**	,734**	,031
14. Stres Yönetimi														1	,785**	,156**
15. SYBDÖ II Toplam•															1	,181**
16. İTUÖ-E♦																1

\*p<0,05

\*\* p<0,01

• SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam Puanı

♦ İTUÖ-E: İlaç Tedavisine Uyum Öz- Etkililik Ölçeği

Hastaların Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Birbirleriyle Korelasyonu Çizelge 4.4.1’te verilmiştir. Tablo genel olarak incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların hastalığa ilişkin semptom deneyimi, hastalığın süresi (Süre A/K) ve semptomların sürekli tekrar etme (Süre D) puanları arttıkça Hastalığı Anlayabilme ve Sağlık Sorumluluğu puanlarının düştüğü ve aralarında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bu bulguların aksine Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü puanları ile Hastalığı Anlayabilme puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bununla birlikte Hastalığın süresi (Süre (A/K), Süre (D), Kişisel kontrol, Tedavi kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme puanları arttıkça SYBDÖ-II toplam ve alt boyut puanlarının ve İlaç Tedavisine Uyum Öz- Etkililik Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir. Yine SYBDÖ-II puanları ile İlaç Tedavisine Uyum Öz- Etkililik Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Çizelge 4.4.1).

## 5. TARTIŞMA

Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi ve literatür doğrultusunda tartışıldı.

Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Tartışılması

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hastalık Algısı Ölçeği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulguların Tartışılması

### 5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu kadın ve 50-59 yaş aralığındadır. Hipertansiyon hastaları ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda 50 yaş üzeri kadınların oranının yüksek olduğu görülmektedir (61,84,112,128,158). Kadınlarda hipertansiyonun daha yaygın olmasının nedeni, postmenapozal değişimlerin etkisiyle östrojenin azalması, beden yağ dağılımının değişmesi, kadınların oral kontraseptif kullanması düşünülebilir (17,22,66). Araştırmamızda kadınların daha yüksek oranda bulunması ve ev hanımı olmaları çalışma durumunu ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun altı ve üzeri yıldır hipertansif olduğu, ilacını düzenli kullandığı ve kan basıncını kontrol altında olduğu tespit edilmiştir. Cingil ve ark (111) çalışmalarında hastaların ortalama 6,3 yıldır hipertansif olduğu, %71'inin ilacını düzenli olarak kullandığını saptaması bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Başak ve ark (67) çalışmasında hastaların %82,5'inin ilaç kullandığını ancak %19,8'inde kan basıncının kontrol altına alınabildiği bulunmuştur. Araştırmamıza katılan hipertansif bireylerin çoğunluğunun sağlık kontrolüne gittiği ve ailesinde

hipertansiyon öyküsü olduğu belirlenmiştir. Aynı aile içinde hipertansiyonu olan farklı kuşakların bulunması nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen hastalıkta kalıtımın rolünün olduğunu ortaya koymaktadır (7,9,10,18). Başak ve ark (67) çalışmasında hastaların %82'sinin düzenli sağlık kontrolüne gittiğini tespit etmişlerdir. Hipertansiyon hastaları ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda hipertansif bireylerin çoğunun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu görülmektedir (61, 62).

Araştırmamızda hipertansif bireylerin çoğunluğunun normal kilonun üzerinde olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon hastaları ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda hipertansif bireylerin çoğunun normal kilonun üzerinde olduğu görülmektedir (61, 62, 84). Bu durum vücutta aşırı yağ birikimi ve depolanması sonucunda damarsal yapı bozulmakta, sonuç olarak hipertansiyon için risk faktörü haline gelmesiyle açıklanabilir. Aşırı yağ birikim çoğunlukla kadınlarda görülmektedir (7-11,16,17,77). EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye sonuçlarında; hipertansif hastaların ortalama BKİ'nin 28,6 kg/m<sup>2</sup> ve çoğunun fazla kilolu olduğu (%83,6) tespit edilmiştir (82). PatenT çalışmasının sonuçlarına göre; BKİ 25-26,9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda hipertansiyon prevalansı % 36,1, BKİ 30-39,9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda ise % 61,2 olarak tespit edilmiştir (12).

Araştırmamızda hipertansif bireylerin yarısından daha az kısmının sigara kullandığı tespit edilmiştir. Özdemir ve ark (62)'nin çalışmasında hastaların yalnızca %9,5'inin sigara kullandığı bulunmuştur. Sigara içindeki nikotinin damarlarda pressör etki yapmasıyla bireylerde hipertansiyon görülme riskini artırmaktadır (19).

## **5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların İTUÖ-E Toplam ve Beslenme, Manevi Gelişim ve Kişilerarası İlişkiler alt ölçek boyutlarında orta düzeyin üzerinde puan aldıkları tespit edilmiştir. Savaşan ve ark (159)'nın çalışmasında hastaların Manevi Gelişim ve Kişilerarası İlişkiler alt ölçek boyutu puanları orta düzeyin üzerinde bulunurken, Beslenme alt ölçek boyutu puanı orta düzeyde bulunmuştur. Araştırmamız sonuçları doğrultusunda; bireylerin hastalığın yaşam boyunca süreceğini bilmesi ve hastalıkla birlikte yaşayacağını bilmesi ile kendi öğünlerini seçme, düzenleme, etrafındaki diğer kişilerle olan iletişimini sürdürmesi ve uyum içinde yaşaması gerektiğini hissettiğini göstermektedir. Araştırmamızda hipertansif hastaların Sağlık



Sorumluluğı, Fiziksel Aktivite ve Stres Yönetimi alt ölçek boyut puanları orta düzeyin altında görölmüştür. Kalp hastaları ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda FAP ve SYP alt ölçek boyut puanları orta düzeyin altında tespit edilmiştir (159, 160, 161). Araştırmamız sonuçlarının SSP alt ölçek boyut puanı Özdemir (160) ve Durna (161)'nın yaptıkları çalışmada orta düzeyin üzerinde tespit edilmiştir. Bu durum kardiyak problemi olan bireylerin çoğunlukla egzersiz yapmanın zararlı olabileceğini düşünmeleri, stresli durumlarla etkin baş edememeleri, hastalığın komplikasyonlarını tam olarak bilmedikleri için kendi sağlıklarına özen göstermemeleri ve profesyonel yardıma gerek olduğunu bilmemeleri ile açıklanabilir. Araştırmamızda hastaların SYBDÖ II toplam puanı orta düzeyin altında görölmüştür. Savaşan ve ark (159)'nın çalışmasında SYBDÖ II toplam puanının orta düzeyin altında olmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu durum hastaların sağlığı geliştirme davranışlarını yaşam biçimine tam olarak aktaramadıklarını göstermektedir.

Araştırmamızda hipertansif kadınların ilaç tedavisine uyum oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür sonuçları çelişkili olmasına rağmen çoğunlukla çalışmalarda kadınların tedaviye uyum oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (113, 162). Toplumsal ve kültürel özellikler bireylerin hastalığa olan inancını ve uyum sağlamasını etkilemektedir. Toplumumuzda kadınlar erkeklere oranla daha geri planda tutulmakta ve getirilen önerilere uyması istenmektedir. Kadınlar yaşamlarında karşılaştıkları kriz ile verilen önerilerle başa çıkabilmektedir. Araştırmamızda hastaların yaşı ilerledikçe beslenme alt ölçek boyut puanının düştüğü gözlenirken, Küçükberber ve ark (163)'nın çalışmasında yaş ilerledikçe beslenme alt ölçek boyut puanı yükselmiştir. Genç yaştaki hastaların iş hayatı nedeniyle buldukları çevre “fast-food” gibi daha düzensiz beslenme alışkanlıklarına sahip olmalarına, öğünleri seçme ve düzenlemede yiyecek seçimindeki değerlerini belirlemede yetersiz olmalarını sağlamış olabilir. Araştırmamızda hipertansif hastaların çoğunluğunun gelir düzeyi giderine denk ve bu grubun ilaç tedavisine uyum oranı daha yüksektir. Aparcı ve ark (88)'nin çalışmasında üst ekonomik düzeydeki bireylerin ilaç tedavisine uyum oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ekonomik düzeyi iyi olan bireylerin teknolojiyi takip etme, sağlık kuruluşuna ulaşma ve farkında olma durumu daha iyi olabilmektedir.

Araştırmamıza katılan hipertansif bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte SYBDÖ toplam puan ortalamaları, SSP, FAP, MGP, KİP ve SYP alt ölçek

boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Küçükberber ve ark (163) çalışmasında benzer sonuçlar bulunmuştur. Eğitim düzeyi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirmede önemli bir belirleyicidir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin dış etkenlerden etkilenmesi azalmakta ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha aktif hayata geçirmektedirler. Araştırmamızda hastaların gelir düzeyi düşük olan bölümünde FAP ve BP alt ölçek puanları diğer gruplardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatür sonuçlarında gelir düzeyi düşük olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları arasında FAP ve BP puanları çoğunlukla diğer gruplardan daha düşüktür (88,163). Sosyo-ekonomik düzey yalnızca beslenme alışkanlığını değil, aynı zamanda kronik hastalıkların artmasını buna bağlı bireylerin yaşam alışkanlıklarını ve yaşama geçirme sürecini etkilemektedir.

Araştırmamız kapsamına alınan hipertansif bireylerin çoğunluğu ilde yaşamakta idi. İilde yaşayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve BP, MGP, SYP alt ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamızın sonuçlarına paralel sonuçlar elde edilmiştir (160,164). Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda bireyin yaşadığı toplumsal çevrenin gelişmişlik düzeyinin bireyin beslenme durumunu, manevi anlamada gelişmesini ve stresli durumlarla baş etme mekanizmasını geliştirmesini, dolayısıyla sağlığı geliştiren davranışlara katılımını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Araştırmamızda eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve MGP, KİP, SYP alt ölçek puan ortalamaları yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (160, 164). Aile ile birlikte yaşama ve olumlu ilişkiler kurma manevi yönde gelişimi, stresle baş etme yöntemini ve kişilerarası etkileşimi de olumlu kılacağından sağlık davranışlarına katılım ve yeni davranış kazanmayı olumlu yönde etkileyecektir.

Araştırmamızda ailede hipertansiyon öyküsü ve hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşayan bireylerin KİP alt ölçek puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Savaşan ve ark (159) çalışmasında ailede hipertansiyon öyküsü ve bu nedenle ölüm yaşama ile hiçbir alt ölçek boyutu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Araştırmamıza katılan bireylerin tanı alma süresi 6-10 yıl arasında olanların BP ve SYP alt ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (159-161). Araştırmamızın

sonuçları doğrultusunda bireylerin hastalıklarını kabullenmeleri sonucunda sağlığa katılma düzeyleri güçlenir bunun sonucunda beslenme durumu ve stres yönetiminde daha başarılı olacakları düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan hipertansif bireylerden kan basıncı kontrol altında olan kişilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve SSP, FAP, MGP, KİP ve SYP alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve yaşama geçirmesi ile birlikte kan basıncının kontrol altına alınması beklenen bir süreçtir. Araştırmamızda hipertansif bireylerden düzenli ilaç kullananların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması, SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve SSP, FAP, BP, MGP, KİP ve SYP alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatür sonuçlarında da bizim araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (88,113,165). Toplumlarda kronik hastalığa sahip bireyler zamanla hastalığı kabullendikten sonra ilaçlarını düzenli kullanmaya ve sağlık sorumluluğu güçlenerek sağlıklı davranışları yaşama geçirmeye başlayacaklardır.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan düzenli sağlık kontrolüne giden kişilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve FAP, SYP alt ölçek puan ortalamaları sağlık kontrolüne düzenli olarak gitmeyen bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda sigara kullanan bireylerde KİP alt ölçek puan ortalaması diğer gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatür taramalarında bu konu ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

### **5.3. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu hastalık algısı veya bilişsel ifadeler bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkilemektedir (27). Son yıllarda sağlık psikolojisi, alanında üzerinde en fazla durulan ve araştırma yapılan konulardan biridir. Ülkemizde hipertansiyon hastalarının hastalık algısına yönelik bir çalışmaya (152), hemodiyaliz hastalarının hastalık algısına yönelik bir çalışmaya (137), kanser hastalarının hastalık algısına yönelik üç çalışmaya (166-168) rastlanmıştır.

Araştırmamıza katılan hipertansif bireylerde Hastalık Algısı alt boyutları arasında hastalık nedenleri, hastalık belirtileri (kimlik), Süre (A/K), Süre (D), Sonuçlar, Kişisel kontrol ve Duygusal Temsiller alt boyut ölçeği puan ortalamaları orta düzeyin üstünde belirlenmiştir. Chen ve ark (29)'nın çalışmasında hastalık nedenleri, Süre (A/K), Kişisel Kontrol alt boyut ölçeği puan ortalamaları bizim araştırma sonucumuzla benzer çıkmıştır. Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda; hastalarının hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak algıladığı, hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip olduğu ve bunun sonucunda kronik bir hastalığa sahip olduğuna inandıkları, hastalıkla ilgili kişisel kontrollerinin yüksek olduğu söylenebilir. Araştırmamızda hipertansif hastaların Tedavi kontrolü alt ölçek boyutu puan ortalaması orta düzeyde tespit edilirken, Hastalığı anlayabilme alt ölçek boyutu puan ortalaması orta düzeyin altında belirlenmiştir. Karabulutlu ve Okanlı (137) hemodiyaliz hastalarında hastalık algısını değerlendirmek için yaptıkları çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bu sonuçlar bireylerin hastalığın, tedavinin kontrol edilebilirliği hakkında pozitif inançları olduğunu ancak hastalığı tam olarak kavrayamadıklarını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hipertansif bireyler hastalığın başlangıcından beri en fazla baş ağrısı, gözlerde yanma ve mide yakınmaları belirtilerini yaşadıklarını ve bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Acehan (152) hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi isimli tez çalışmasında hastaların en çok baş ağrısı yaşadıklarını bulmuştur. Ayşin (168) kanser hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiye baktığı tez çalışmasında bireylerin en sık yorgunluk, ağrı, güç kaybı yaşadığını tespit etmiştir. Karabulutlu ve Okanlı (137) hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışma sonucunda yorgunluk, güç kaybı ve baş ağrısı yaşadıklarını belirtmiştir. Baş ağrısı ve gözlerde yanma hipertansiyon kontrol altına alınmadığında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar arasında sayılmaktadır.

Araştırmamıza katılan hipertansif bireylerin hastalık nedenleri olarak en çok stres ya da endişe, kalıtsal (ırsi), şans ya da kötü talih ve aile problemlerini daha yüksek oranda düşündükleri belirlenmiştir. Acehan (152) hipertansiyon hastalarında hastalık algısını ve grup görüşmelerini değerlendirmek için yaptığı tez çalışmasında bireylerin

hastalık nedenlerini sıraladığında ilk sırada stres ya da endişe, ikinci sırada kalıtsal nedenlerin olduğunu belirtmiştir. Hastalığın algılanmasında hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, kültürel yatkınlıklar da önemlidir. Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde; Türk toplumunda kültürün bir yansıması olarak hastalıkların nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlanıldığı görülmektedir.

Araştırmamız kapsamına alınan hipertansif hastaların yarısından çoğu kadın idi. Hastalık algısı ölçeği Sonuçlar alt boyutu ve hastalık nedeni olarak Kaza-Şans alt ölçek puan ortalaması kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç kadınların hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla hastalığının etrafındaki insanlara sıkıntı yarattığını, yaşamlarını çok fazla etkilediği ve ciddi sonuçlarının olacağını düşünmektedirler. Araştırmamızda genç grupta Süre (A/K) ve Kişisel Kontrol alt ölçek boyut puan ortalamaları ilerleyen yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Süre algısı maddeleri incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir. Kayış (168) kanser hastalarında hastalık algısına yönelik yapmış olduğu tez çalışmasında yaş arttıkça hastaların Süre (A/K) alt ölçek puan ortalamasının arttığını ve Kişisel Kontrolün azaldığını tespit etmiştir. Bu sonuçlar hastaların hastalıklarının kronik bir hastalık olduğuna inandıklarını ve bu sürece uyum gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Hastalığın kronik olduğuna inanma ise kişisel kontrolü beraberinde artırmaktadır.

Araştırmamızda ileri yaştaki hastaların Hastalık algısı alt ölçek puan ortalamaları ve hastalık nedeni olarak bağışıklama alt ölçek puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulduğumuz sonuç literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir (137, 166- 168). Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda; ileri yaştaki bireylerin vücut dirençlerinin azaldığını düşünmeleri ve hastalığı kronik olarak algılamaları, kültürümüzde ileri yaşlarda kronik hastalıkların ortaya çıkmasının doğal görülmesi ile açıklanabilir.

Araştırmamızda hipertansif hastaların gelir düzeyi giderinden az olan bireylerde Süre (D), Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Aynı gruptaki bireylerin; Hastalığı anlayabilme alt ölçek puan ortalaması

ve hastalık nedeni olarak Psikolojik Atıflar ve Risk Faktörü alt ölçek puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Chen ve ark (148) hipertansif hastalarda hastalık algısı ve uyum ile ilgili çalışmasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin hastalığın süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki kontrol algısı daha düşüktür. Düşük kontrol algısı bireylerin tedaviye uyumunu azaltmaktadır. Bu bireyler hastalık nedeni olarak çoğunlukla kötü tıbbi bakım, diyet- yeme alışkanlıklarının kötü olması, yaşanan stresin üst düzeyde olmasını görmektedir.

Araştırmamızda eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalaması yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Duygusal Temsiller alt ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Sosyal destek sistemlerinden olan aile ile birlikte yaşama bireylerin kronik hastalıklarının içsel olarak kontrol edilebilirliğini artırırken, hastalıkla ilgili olumsuz sonuç ve hislerini azaltmaktadır. Yine araştırmamızda aile öyküsünde hipertansiyon olan bireylerin Kişisel Kontrol ve Risk Faktörleri alt ölçek puanları diğer gruba göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ailesinde hipertansiyon olan bireylerin kendilerinde kalıtsal olarak hipertansiyon görülme oranı yüksek görülürken, bu bireylerin hastalığın süresi, seyri ve tedavisi hakkındaki kontrol algılarının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Aile öyküsünde hipertansiyon olan bireylerin hastalığı kavrama ve kötü sonuçları hakkındaki inançları da azalmaktadır. Araştırmamıza katılan ailesinde hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşayan bireylerin Süre (Döngüsel), Risk Faktörleri ve Bağışıklık alt ölçek puan ortalamaları hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Chen ve ark (29)'nın hipertansif hastalarda hastalık algısının uyum üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada hastaların çoğunluğunun ailesi ile birlikte yaşadığı, ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu ve hipertansiyon nedeniyle ölüm yaşadıklarını tespit etmiş fakat bu değişkenlerle Hastalık Algısı alt boyutları arasındaki ilişkiye bakmamıştır.

#### **5.4. Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulguların Tartışılması**

Hastalık algısı alt ölçek boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik arasındaki puanlara bakıldığında; Bireylerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirme oranında arttıkça ilaç tedavisine

uyumu da artmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde ilaç ve ilaç dışı tedavinin birlikte etki ettiği göz önüne alınacak olursa kronik hastalıklarla etkili yönetim için sağlık bakım profesyonellerinden olan hemşireler bireylere sağlıklı davranışları kazandırma ve bununla birlikte ilaç uyumunu artırmayı amaçlamalıdır.

Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların hastalığa ilişkin semptom deneyimi, hastalığın süresi (Süre A/K) ve semptomların sürekli tekrar etme (Süre D) puanları arttıkça hastalıklarını kavrama ve kendi sağlıklarına özen gösterme düzeyleri azalmaktadır. Araştırmamızda bireyler hipertansiyon hastalığını yaşam boyu süren bir hastalık olarak algılamamakta tedaviyle belirli bir süre sonra kontrol altına alınabileceğini, dolayısıyla tedaviye ara vererek semptomların tekrar etmesine neden olmaktadır. Bu durumda hasta eğitiminde önemli rolleri olan hemşirelerin hastalara hipertansiyonun yaşam boyunca devam edeceğini tedavisinde devamlı olması gerektiğini açıklamalıdır. Bireylerin stresli durumlarla baş etme oranı ve insanlarla olan iletişimi arttığında bireylerin; iç huzuru artar ve diğer insanlarla ilişki kurup uyum içinde olma ve iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarma ve hastalığın süresi, seyri, uygulanan tedavinin etkinliği ve hastalığın döngüsel olacağı hakkındaki inançları artmaktadır. Bu durum sonrasında bireyler; öğünlerini seçme, düzenleme, hafif, orta, ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulama ve yaşamın bir parçası haline getirerek kendi sağlığına özen göstermesi artmaktadır. İnsanlarla iletişimi iyi, içsel huzuru yüksek ve sağlığına özen gösteren kişilerin hastalığıyla ilgili olan olumsuz düşünceleri azalmaktadır. Yapılan birçok çalışmada hastaların hastalıkları ile ilgili olumsuz düşünceleri azaldıkça uyumlarının arttığı tespit edilmiştir (30-32).

Hastalığın süresi (Süre (A/K), semptomların sürekli tekrar etme (Süre D), hastalığın süresi, seyri ve tedavisinin etkinliği hakkında olan kontrol algıları, tedavi kontrolü ve hastalığı kavrayabilme düzeyleri arttıkça bireylerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirme oranı ve ilaç tedavisine uyumu da artmaktadır. Ross ve ark. (31) çalışmalarında hastalığı anlayabilme ve tedavi kontrolü düzeyi yüksek olan bireylerin uyumunun daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bireyler hastalığın süresi, seyri ve tedavisinin etkinliği hakkında olan kontrol algıları azaldıkça, hastalığın olumsuz sonuçları hakkındaki düşünceleride artmaktadır. Literatür incelendiğinde bu düşüncedeki bireylerde tedaviye uyumun zayıf olduğu saptanmıştır (30-32). Hipertansif bireylerin hastalıklarını kavrama ve sağlıklarına özen gösterme durumu azaldıkça

hastalığın kronikleşmeside artmaktadır. Hastaların hastalık algularını artırmak dolayısıyla ilaç tedavisine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçermelerini artırmak için bireylerin hastalık deneyimlerini nasıl tanımladığı öğrenmek için öncelikle hemşireler bu konuda eğitilmeli, hipertansif ve risk altındaki bireylere hemşireler tarafından tanı, tedavi, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan bireylerin % 67,5'inin kadın, % 41,9'unun 50-59 yaş aralığında, % 54,1'inin ilköğretim ve üstü, çoğunluğunun evli ve çalışmadığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hipertansif bireylerin % 40,8'inin 6 ve üzeri yıldır hipertansif olduğu, yarısına yakınının kan basınçlarının kontrol altında ve çoğunluğunun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu belirlenmiştir. Yine bireylerin; % 88,1'nin normal kilonun üzerinde olduğu, % 32,8'inin sigara kullandığı ve çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı ve sağlık kontrolüne gittiği tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ II toplam ve SSP, FAP, SYP alt ölçek boyutlarında orta düzeyin altında puan aldıkları tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin İTUÖ-E Toplam boyutunda orta düzeyin üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamın alınan hipertansif bireylerden kadınların, çalışmayan ve düzenli ilaç kullananların İTUÖ-E Ölçeği puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.
- Okuryazar olmayan ve kan basıncı kontrol altında olmayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve SSP, FAP, MGP, KİP, SYP alt ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunurken, düzenli ilaç kullanan bireylerin yüksek bulunmuştur.
- Gelir durumu gider durumundan düşük olan grubun, FAP ve BP alt ölçek puanları ve İTUÖ-E Ölçeği puan ortalaması, Süre (Döngüsel), Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü puanlarının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı grupta, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması ve hastalık nedeni olarak Psikolojik Atıflar, Risk Faktörü alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

- İlde yaşayan hipertansif bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamalarının ve BP, MGP, SYP, Kimlik ve Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamalarının ilçe ve köyde yaşayan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve MGP, KİP, SYP, Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Duygusal Temsiller alt ölçek puan ortalamaları daha düşük tespit edilmiştir. Yalnız yaşayan hipertansif bireylerin ise FAP alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan bireylerin hipertansiyon tanısı alma süresi en çok 6-10 yıl arasında olan bireylerin BP, SYP, Süre (Akut/Kronik), Süre (Döngüsel) ve Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmamıza katılan bireylerden düzenli sağlık kontrolüne giden kişilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları, FAP, SYP Süre(Akut/Kronik), Sonuçlar, Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük tespit edilmiştir.
- Araştırmamızda 40-49 yaş aralığında Süre (Akut/Kronik) ve Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.
- Ailede hipertansiyon öyküsü bulunan bireylerin Kişisel Kontrol ve Risk Faktörleri alt ölçek puanları diğer gruba göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.
- Hipertansiyon tanı alma süresi 1-5 yıl arasında değişen bireylerin Sonuçlar alt ölçek puan ortalaması en düşük iken, Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması en yüksek bulunmuştur.
- Kan basıncı kontrol altında olan bireylerin Süre (Döngüsel), Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Duygusal Temsiller ve Bağışıklık alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre daha düşük bulunmuştur.
- Düzenli ilaç kullanan bireylerin Sonuçlar ve Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması düzenli ilaç kullanmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

- Araştırmamızda sigara kullanan bireylerin Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması sigara kullanmayanlara göre daha yüksek bulunurken, Sonuçlar ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha düşük tespit edilmiştir.
- Araştırmamıza katılan bireyler hastalığın başlangıcından beri en fazla baş ağrısı (%86,9), gözlerde yanma (%52,8) ve mide yakınmaları (%26,4) belirtilerini yaşadıklarını ve bu belirtileri hastalıkları ile ilgili olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.
- Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları arasında hastalık nedenleri, hastalık belirtileri (kimlik) ve Hastalık algısı alt boyutları arasında Süre (A/K), Süre (D), Sonuçlar, Kişisel kontrol ve Duygusal Temsiller alt boyut ölçeği puan ortalamaları orta düzeyin üstünde belirlenirken, Hastalığı anlayabilme alt ölçek boyutu puan ortalaması orta düzeyin altında belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin hastalık nedenleri olarak stres ya da endişe, aile problemleri, kalıtsal (ırsi) ve şans ya da kötü talihi daha yüksek oranda düşündükleri tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan hipertansif hastaların hastalığa ilişkin semptom deneyimi, hastalığın süresi (Süre A/K) ve smptomların sürekli tekrar etme (Süre D) puanları arttıkça Hastalığı Anlayabilme ve Sağlık Sorumluluğu puanlarının düştüğü ve aralarında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü puanları ile Hastalığı Anlayabilme puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.
- Hastalığın süresi (Süre (A/K), Süre (D), Kişisel kontrol, Tedavi kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme puanları arttıkça SYBDÖ-II toplam ve alt boyut puanlarının ve İlaç Tedavisine Uyum Öz- Etkililik Ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ-II puanları ile İlaç Tedavisine Uyum Öz- Etkililik Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

1. Araştırmamıza katılan hipertansif bireylerinin çoğunluğunun SYBDÖ II toplam ve SSP, FAP, SYP ve Hastalığı anlayabilme alt ölçek boyutlarında orta düzeyin

altında puan aldıkları tespit edilmiştir. Bu alt ölçekler ilaç tedavisine uyumuda etkilemesinden dolayı; Sağlık kurumları ve sağlık ekibi, hipertansiyon taramaları ve izlemleri konusunda, hipertansiyondan korunmak için gerekli olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kendi sağlığına özen göstermesi, gerekli görüldüğünde profesyonel yardıma başvurabilmesi, fiziksel aktiviteyi artırması ve stresle etkili baş etme konusunda göz önünde bulundurulması,

2. Düzenli ilaç kullanan, kan basıncı kontrol altında olan, düzenli sağlık kontrolüne giden ve eğitim düzeyi yüksek olan hipertansif bireylerin SYBDÖ toplam puanları ve Hastalık algısı alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle hipertansiyonun kontrolü için, hastaların hipertansiyon ve ilaçları konusunda düzenli eğitim programlarına katılımının sağlanması, evde kan basıncının nasıl ölçüleceğinin hastaya öğretilmesi, hipertansiyon hastalarının evde izleminin artırılması,
3. Gelir durumu gider durumundan düşük olan grubun, FAP ve BP alt ölçek puanları ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması, Süre (Döngüsel), Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu nedenle hipertansif bireylere ve ailelerine sosyal destek kaynaklarına ulaşma ve diğer hizmet disiplinleri ile işbirliği sağlama konusunda danışmanlık yapılması ve özellikle hemşirelerin bu konuda aktif olarak rol almasının sağlanması,
4. İlde yaşayan hipertansif bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve BP, MGP, SYP, Kimlik ve Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları ilçe ve köyde yaşayan bireylerden daha yüksek bulunması nedeniyle hipertansiyonu önleme ve kontrolü kapsamındaki eğitimlerin sadece hastane ortamında değil sağlık merkezinden uzakta yaşayan bireyleri de kapsayacak şekilde yöntemlerin (örn: Teleizlem/Tele sağlık) geliştirilmesi ve hemşirelerin aktif rol alması,
5. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve MGP, KİP, SYP, Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunması nedeniyle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve geliştirilmesine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin hemşireler tarafından yürütülmesi (eğitim hemşiresinin görevlendirilmesi) ve bu programlara bireylerin sosyal ağındaki kişilerin de katılımının sağlanması,

6. Hastaların hastalık algılarını artırmak dolayısıyla ilaç tedavisine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçermelerini artırmak için bireylerin hastalık deneyimlerini nasıl tanımladığı hemşireler tarafından öğrenilmeli, hipertansif ve risk altındaki bireylere tanı, tedavi, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmesi,
7. Hipertansiyon hastalarında hastalığı algılama ve hastalığa karşı verilen tepkiler ile tedaviye uyum ve Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirme arasındaki ilişkiyi inceleyen benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day2010. Erişim: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>. Erişim tarihi: 24.04.2014
2. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı Sağlık Bakanlığı, 2010
3. World Health Organization, 2013. Erişim: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/). Erişim tarihi: 05.04.2014
4. Global status report on noncommunicable disease 2010. Erişim: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/). Erişim tarihi: 01.08.2013
5. Sağlığı Kazanmak Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2010. Erişim: [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 05.08.2013
6. **Akça AY F.** *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*, Nobel tıp kitabevi. **2012**: 2-21
7. **Lemone P, Burke K.** *Medical Surgical Nursing. Critical Thinking in Client Care*. Addison-Wesley, Nursing.Adivision of the Benjamin/commings Publishing Company **1996** ; 1185-1195
8. A global brief on hypertension. World health day 2013. Erişim: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/). Erişim tarihi: 15.10.2013
9. **Akdemir N, Birol L,** *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım Kitabı*. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2005**: 193–196
10. **Karadakovan A, Aslan F.** *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı*. 2. Baskı, Adana; Nobel kitabevi, **2011**: 585-602
11. Purcell H, Kalra P. *Kardiyoloji*. 1. Baskı, İstanbul: Çeviri editörü: İlerigelen B. İstanbul tıp kitabevi **2009**: 22-34, 216-232

12. **Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*, **2005**; (23):1817-1823
13. **Arıcı M, Çağlar Ş.** Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. *Hacettepe Tıp Dergisi* **2002**; 33(1): 4 – 9
14. **Lenfant C, Aram V, Daniel W, Roccella E.J.** The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC -7 Report). *Hypertension*, **2003**; 41: 1178-1190
15. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Erişim: <http://www.haoyisheng.com/upload/2014JNC8.pdf>. Erişim tarihi: 26.02.2014
16. **Weber M, Schiffrin E, White W.et al.** Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension* **2014**;(16):14-26
17. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* **2013**, 31: 1281–1357
18. **Sands J, Dennison P.** *Clinical Manual of Medical – Surgical Nursing*. Third Edition **2001**; 95-100
19. **Kaplan N.** *Klinik Hipertansiyon Kitabı*. 7. Baskı. **1998**
20. **Gemalmaz A.** Hipertansiyon ve tedavisi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, **2009**; 1: 66–83
21. **Gürel SF.** Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, **2009**; Tanıtım sayısı: 1–7
22. **Izza J.** *Primer hipertansiyon Kitabı*. Çeviri; Kazancı G.nobel tıp kitabevi, **2004**
23. Nursing Management of Hypertension. Nursing Best Practice Guideline. Erişim: <http://www.rnao.org/Storage/11/607 BPG Hypertension.pdf>. Erişim tarihi:08.10.2013
24. **Coleman DJ.** Medication compliance in the elderly. *Journal of Community Nursing*. **2005**; 19(8): 4-6

25. **Lagi A, Rossi A, Passaleva MT, Cartei A, Cencetti S.** Compliance with therapy in hypertensive patients. *Intern Emerg Med.* **2006**; 1(3): 204-208
26. **Akkoyunlu C.** Tip II Diyabetes Mellitus Ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Uzmanlık tezi. **2012** Ankara
27. **Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S.** Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2007**; 8: 271-280
28. **Heijmans M, DeRidder D.** Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *J Behav Med* **1998**; 21: 485–503
29. **Chen SL, Tsai JC, Lee WL.** The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, **2009**;18: 2234–2244
30. **Küçükarslan S.** A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy* **2012**: 371–382
31. **Ross S, Walker A, MacLeod MJ.** Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension* **2004**;18: 607–613
32. **Hsiao CY, Chang C, Chen CD.** An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* **2012**; 28: 442-447
33. **Hacıhasanoğlu R.** Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,**2009**; 4(12):153-164
34. **Yıldız M, Küçükazman M.** Hipertansiyon Epidemiyolojisi. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi*, **2008**; 1(1):1-3
35. **Yurdakul S, Aytekin S.** Kadınlarda hipertansiyon. *Arch Turk Soc Cardiol* **2010**; 38(1) 25-31
36. Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update A Report From the American Heart Association. Erişim: <http://www.heart.org/HEARTORG/>. Erişim tarihi: 12.11.2013



37. Cardiovascular Disease Statistics - American Heart Association-2010, Erişim:<http://www.americanheart.org/>. Erişim tarihi: 20.05.2013
38. **Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C et al.** Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open* **2013**; (3): 1-9
39. Achievement of Cardiometabolic Goals in Aware Hypertensive Patients in Spain: A Nationwide Population-Based Study. Erişim: <http://hyper.ahajournals.org/>. Erişim tarihi: 28.02.2014
40. **Kayima J, Wanyenze R, Katamba A, et al.** Hypertension awareness, treatment and control in Africa: a systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders* **2013**; (13):54:1-11
41. **Onat A.** Toplumumuzda Kan Basıncı Ve Hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Dern Ars*, **2009**; 74-88
42. **Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al.** Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* **2002**; (25): 1551-1556
43. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II (TURDEPII) sonuçlarının özeti. Erişim: [http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021\\_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf](http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf). Erişim tarihi: 14.10.2013
44. **Kozan Ö, Oğuz A, Erol Ç, Öngen Z et al.** Türk Prevalance of the metabolic syndrome among Turkish adults. *Eur J Clin Nutr*, **2007**; (61): 53-548
45. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk hipertansiyon insidans çalışması (HinT). **2008**
46. **Abacı A.** Management of cardiovascular risk factors for primary prevention: evaluation of Turkey result of the EURIKA Study. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* **2012**; 40(2): 135-142
47. **Büyüköztürk K.** *Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu*. Türk Kardiyoloji Derneği, İstanbul 2000
48. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Ars*, **2007**; 13:1-75

49. **Yalçın M, Şahin M.** Birinci basamakta esansiyel hipertansiyona yaklaşım. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**; 19(3-4): 162-170
50. **Giles T, Materson B, Cohn J, Kostis J.** Definition and Classification of Hypertension: An Update. *The Journal Of Clinical Hypertension*, **2009**; 11: 611-614
51. **Chen S.** Essential hypertension: perspectives and future directions. *Journal of Hypertension* **2012**; 30: 42-45
52. **Carretero O, Oparil S.** Essential Hypertension: Part I: Definition and Etiology. *Circulation*. **2000**;101:329-335
53. **Karakoç E, Ömer Z, Can H.** Birinci basamakta hipertansiyona yaklaşım. *Smyrna tıp dergisi*, **2012**; 62-67
54. **Swales JD.** Manual of hypertension. Blackwell science ltd. **1995**. 45-56
55. **Fauci A, Braunwald E, Kasper D et al.** *İç hastalıkları el kitabı*. Çeviri editörleri: Demiriz B, Demiriz I. 1. Baskı, Nobel tıp kitabevleri. **2011**, 693-699
56. **Grossman E, Messerli F.** Sekondary hypertension: interfering substances. *The Journal Of Clinical Hypertension*, **2008**; 10: 556-566
57. **Vural AV.** Sekonder hipertansiyon. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sistemik Arter Hipertansiyonu Sempozyumu. İstanbul, **1997**: 77-81
58. **Zipes D, Libby P, Bonow R.** *Kalp hastalıkları kitabı* cilt 1.Nobel tıp kitabevi. **2004**
59. **Mergen H, Tavlı T, Öngel K, Mergen B, Tavlı V.** Yaşlılarda hipertansiyona yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg* ,**2010**; 14(4): 167-172
60. **Önal E, Tümerdem Y.** Yaşlılıkta hipertansiyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2001**; 4(4): 141-145
61. **Taşçı S, Öztürk A, Öztürk Y.** Hisarcık ahmet karamancı sağlık ocağı kıranardı bölgesinde 30 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, **2005**; 14: 59-65

62. **Özdemir L, Sümer H, Koçoğlu G, Polat HH.** Sivas emek sağlık ocağı bölgesinde 30 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *C.Ü. Tıp fakültesi Dergisi*, **2001**; 23 (1): 9-14
63. **Prince M, Ebrahim S, Acosta D, Ferri C, et all.** Hypertension prevalence, awareness, treatment and control among older people in Latin America, India and China: a 10 /66 cross-sectional population-based survey. *Journal of Hypertension*, **2012**; 30 (1): 177-187
64. **Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y.** Prevalence and Factors Affecting of Hypertension in Adults Aged 30 Years and Over in Kayseri Province. *Erciyes Medical Journal*, **2011**; 33(3): 219-228
65. **McDonald M, Hertz R, Unger A, Lustik M.** Prevalence, Awareness, and Management of Hypertension, Dyslipidemia, and Diabetes Among United States Adults Aged 65 and Older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* **2009**; 64(2): 256–263
66. **Yurdakul S, Aytakin S.** Kadınlarda hipertansiyon. *Arch Turk Soc Cardiol* **2010**; 38(1) 25-31
67. **Başak O, Sönmez HM, Camcı C, Baltacı R, Karazeybek HŞ, Yazgan F, Ertin İ, Çelik ŞÇ.** Aydın yöresinde hipertansiyonun bazı epidemiyolojik özellikler ve hipertansiyona ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalar. *Turkish Journal of Family Practice* **1998**; 2(3):118-124
68. **Berenson GS, Wattigney WA, Webber LS.** Epidemiology of hypertension from childhood to young adulthood in black, white and hispanic population samples. *Pub health Rep*, **1996**;11: 3-6
69. Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2008. Erişim: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_10/sr10\\_242.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_242.pdf). Erişim tarihi: 08.07.2013
70. **Enar R.** *Temel kardiyoloji, semiyoloji ve kardiyovasküler hastalıklar kitabı*. nobel tıp kitabevi. **2007**
71. **Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE.** Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *Journal of Human Hypertension* **2003**; 17: 471–480
72. **Nowson C, Morgan T, Gibbons C.** Decreasing Dietary Sodium While Following a Self Selected Potassium-Rich Diet Reduces Blood Pressure. *The Journal of Nutrition*, **2003**; 133: 4118-23

73. **Kumanyika SK, Cook NR, Cutler JA, et al.** Sodium reduction for hypertension prevention in overweight adults: further results from the Trials of Hypertension Prevention Phase II. *Journal of Human Hypertension* **2005**; 19: 33–45
74. Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması (SALTürk Çalışması)- **2008**. Erişim:<http://www.turkhipertansiyon>. Erişim Tarihi: 15.08.2013
75. **Stamler J.** The INTERSALT study: Background, methods, findings and implications. *The American Journal Of Clinical Nutrition*. **1997**; 65: 626-642
76. **Reusser ME, Mccarron DA.** Micronutrient effects on blood pressure regulation. *Nutrition reviews*. **1994**; 52(11): 367-375
77. **Gregory, YH Lip.** *Clinical Hypertension in Practice. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada Klinik Hipertansiyon*, Global Yayın Ajansı, İstanbul. **2004**:1-103
78. **Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, et al.** Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults. Erişim: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000484/pdf>. Erişim tarihi: 05.09.2013
79. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi. Erişim: [http://www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite\\_klvz\\_web.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite_klvz_web.pdf). Erişim tarihi: 04.08.2013
80. **Kaya A.** Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, **2003**; 2: 13-21
81. MeanBodyMassIndex(BMI) WHO. Erişim: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/bmi\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/). Erişim tarihi: 05.08.2013
82. **Tokgözoğlu L, Kaya, EB, Erol C, Ergene O;** EUROASPIRE III Turkey Study Group. EUROASPIRE III: a comparison between Turkey and Europe. *Türk Kardiyol Dern Arş* **2010**; 38: 164-172
83. **Tanyeri F, Topbaş M, DüNDAR C, Dilek M, Pekşen Y.** Samsun il merkezinde obezite prevalansı ve obezite-arteriyel kan basıncı ilişkisi. *O.M.Ü. Tıp dergisi*.**2000**; 17(2): 69-77

84. **Alsairafi M, Alshamali K, Al-rashed A.** Effect of Physical Activity on Controlling Blood Pressure among Hypertensive Patients from Mishref Area of Kuwait. *Eur J Gen Med* **2010**;7(4):377-384
85. **Onat A.** Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi: Eğilimler ve Kardiyometabolik Etkiler. *Türk Kardiyoloji Dern Ars, Tek HARF 2009 Verileri*
86. **Ruthledge T, Hogan BE.** A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med*, **2002**; 64: 758–766
87. **Levenstein S, Smith MW, Kaplan GA.** Psychosocial Predictors of Hypertension in Men and Women. *Arch Intern Med.* **2001**;161:1341- 1346
88. **Aparcı M, Kardesoglu E, Yiginer Ö, Özmen N, Cingözbay BY, Cebeci BS.** Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2008**: 7(4); 333- 338
89. **Yazıcı K, Yazıcı Ertekin A.** Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 4: 106–112
90. **S MacMahon, R Peto, R Collins, et all.** Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. *Lancet* **1990**; 335: 765-73
91. **Kaplan NM, Weber MA.** *Hypertension Essentials. Tercüme: Karpuz H. Hipertansiyon Esasları El Kitabı.* İstanbul. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, **2003**; 2-77
92. **Hacıhasanoğlu R.** Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull* **2009**; 8(2): 167-172
93. **Neal B, MacMahon S, Chapman N.** Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs. *Lancet* **2000**;356:1955-64
94. **Swales JD.** *Manual of hypertension.* Blackwell science ltd. **1995**; 153-171
95. **Bowman TS, Gaziano JM, Buring JE, and Sesso HD.** A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Incident Hypertension in Women. *J Am Coll Cardiol*, **2007**; 50: 2085-2092

96. **Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, et al.** Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults. *Cochrane Database Syst Rev* **2008**; (2): 484-490
97. **Moore LL, et al.** Weight loss in overweight adults and the long-term risk of hypertension. The Framingham Study. *Arch Intern Med*, **2005**;165:1298-1303
98. **Sacks FM, et al.** Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med*, **2001**;344:3-10
99. **Karanja NM, Obarzanek E.** Descriptive characteristics of the dietary patterns used in the dietary Approaches to Stop Hypertension. *J Am Diet Assoc* **1999**; 99:19-26
100. **Harnden KE, Frayn KN, Hodson L.** Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet: applicability and acceptability to a UK population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*,**2009**; (23): 3-10
101. **Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al.** A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH collaborative research group. *N Engl J Med* **1997**; 336: 1117 –1124
102. **Alsairafi M, Alshamali K, Al-rashed A.** Effect of Physical Activity on Controlling Blood Pressure among Hypertensive Patients from Mishref Area of Kuwait. *Eur J Gen Med* **2010**;7(4):377-384
103. **Whelton SP, Chin A, Xin X, He J.** Effect of aerobic exercise on blood pressure: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* **2002**; 136: 493 –503
104. **Shapiro D, Goldstein IB, Jamner LD.** Effects of clinical hostility, anger out, anxiety and defensiveness on ambulatory blood pressure in black and white college students. *Psychosomatic Med*, **1996**;58: 354-364
105. **Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, Mcdonald RH, Svendsen K, Primeas R.J, Liebson PR.** Relationships Of Quality Of Life Measures To Long-Term Lifestyle And Drug Treatment An The Treatment Of Mild Hypertension Study (Tomhs). *Arch Intern Med*, **1997**;157(6): 638–648
106. **Clark, M.J., Curan, C. and Noji, A.** The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control, *Public Health Nursing*, **2000**; 17(6):452-459

107. Adherence To Long-Term Therapies Evidence For Action. Erişim: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). Erişim tarihi: 04.07.2013
108. **Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A, Chockalingam A.** Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*. **1998**; 89(5): 116-118
109. **Koruk İ, Şahin T, Demir L.** Konya Fazilet Uluışık Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Hipertansiyon Prevalansı, Farkında Olma, Tedavi Ve Kontrol Altına Alma Durumu. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6 (1): 51-58
110. **Anadol Z, Dişçigil G.** Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* **2009**;21(2):184-90
111. **Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A.** Karaman İl Merkezinde Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Kullanım Durumlarının Ve Bilgilerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş - Arch Turk Soc Cardiol* **2009**; 37(8): 551 -556
112. **Eryonucu B, Sayarlıoğlu 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): 11-14
113. **Mert H, Özcakar N, Kuruoğlu E.** Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg* **2011**;15(1):7-12
114. **Aksayan S, Gözüm S.** Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini algılama) algısının önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu dergisi*.**1998**;2(1): 35-42
115. **Irmak Z, Düzöz G, Bozyer İ.** Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 39-47
116. **Yalçinkaya M, Gök ÖF, Yavuz KA.** Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(6): 409-420

117. **İlhan N, Batmaz M, Akhan L**, Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2010**; 3(3):35-44
118. **Karadeniz G, Yanikkerem Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö**. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Prev Med Bull* **2008**; 7(6):497-502
119. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A**. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması" *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2008**;12:1-12
120. **Randy W, Glen A**. Nonpharmacologic Strategies for Managing Hypertension. *Am Fam Physician* **2006**; 73(11):1953-1956
121. **Hedayati S, Essam F, Elsayed R**. Non-pharmacological aspects of blood pressure management: What are the data? *Kidney Int*, **2011**;7(10):1061-70
122. **Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, et al**. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the premier clinical trial. *JAMA*. **2003**;289(16):2083-93
123. **Whitehead D**. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **2005** (14); 20-27
124. **Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N**. Sağlığı sürdürme sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik bülteni*, **1994**:(8) 32
125. **Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F**. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**; 9(2): 26–34
126. **Hacıhasanoğlu R, Gözüm S**. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting *Journal of Clinical Nursing* **2011**; 692–705
127. **H Çakır**. Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, **2003**
128. **Tekir Ö**. Hipertansiyon hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Hemşirelik forumu dergisi*, **2004**; 61-65



129. **Logan A.** Transforming Hypertension Management Using Mobile Health Technology for Telemonitoring and Self-Care Support. *Canadian Journal of Cardiology*. **2013**; (29): 579-585
130. **McManu R, Man J, Bray E, et al.** Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *Lancet* **2010**; 376: 163–172
131. **Margolis K, Asche S, Bergdall A, et al.** Effect of Home Blood Pressure Telemonitoring and Pharmacist Management on Blood Pressure Control A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA* **2013**; 310: 46-56
132. **Kinstry B, Hanley J, Wild S.** Telemonitoring based service redesign for the management of uncontrolled hypertension: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* **2013**;346: 1-18
133. **Manus RJ, Mant J, Bray EP, et al.** Telemonitoring and selfmanagement in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *Lancet* **2010**;376:163-72
134. **Agarwal R, Bills JE, Hecht TJW, Light RP.** Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control. *Hypertension* **2011**; 57: 29-38
135. **Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, et al.** Illness representations: Theoretical foundations KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, *Harwood Academic Publishers*, **1997**; 19-45
136. **Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R.** The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* **1996**; 11: 431-445
137. **Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A.** Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 14(4): 25-31
138. **Armay Z.** Hastalık algısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. İstanbul-**2006**
139. **LeventhalH, Nerenz R, Steele J.** Illness representations and coping with health threats. *Social psychological aspects of health*. **1984**;4: 219-252
140. **Petrie KJ, Weinman J.** Why illness perceptions matter. *Clin Med* **2006**; 6: 536–539

141. **Petrie KJ, Wessely S.** Modern worries, new technology, and medicine. *BMJ* **2002**;324: 690–691
142. **Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N, Walker S.** Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. *Br J Health Psychol* **2000**; 5: 263–73
143. **Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, et al.** The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* **2004**; 57:557-564
144. **Jessop DC, Rutter DR.** Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychol Health* **2003**; 18: 595-612
145. **Llewellyn CD, Miners AH, Lee CA, Harrington C, Weinman J.** The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment. *Psychol Health* **2003**; 18: 185-200
146. **Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J.** Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *Br Med J* **1996**;312:1191-1194
147. **Donkin L, Ellis CJ, Powell R, et al.** Illness perceptions predict reassurance following negative exercise testing result. *Psychol Health* **2006**;21: 421–430
148. **Chen SL, Tsai JC, Chou KR.** Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies* **2011**;48: 235–245
149. **Cruz F, Galang C.** The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* **2008**;20: 118–127
150. **Hsiao CY, Chang C, Chen CD.** An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* **2012**; 28: 442-447
151. **Ünalın P, Çifçili S, Uzuner A, Akman M.** Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve inanışları. *Türk Aile Hek Derg* **2005**; 9(4): 153-158
152. **Acehan O.** Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2010**

153. **Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G.** Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, **2013**;2: 367-387
154. **Günel S.Y, Günel A.** Antihipertansif ilaç kullanımına rağmen başarısız kan basıncı kontrolünü etkileyen nedenler. *Ege Tıp Dergisi*, **2010**; 49(1):13-18
155. **Rudd P, Miller NH, Kaufman J. et al.** Nurse management for hypertension. *American Journal of Hypertension*, **2004**; 17(10): 921-927
156. **Clark, MJ, Curan C, Noji A.** The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing*, **2000**; 17(6):452-459
157. **Hachhasanoğlu R, Gözüm S.** The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing* **2011**; 692–705
158. **Irmak Z, Düzöz G, Bozyer İ.** Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 39–47
159. **Savaşan A, Ayten M, Ergene O.** Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing*, **2013**; 4(1):1-6
160. **Özdemir Ü.** Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İ.Ü. Kardiyol Enst Derg*, **2005**; 4(13): 31-40
161. **Durna Z, Enç N, Can G.** PTCA Uygulanan hastalarda Kardiyak Risk Faktörlerinin ve Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni* **2000**; 5-18
162. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens* **2004**; 18: 607-613
163. **Küçükberber N, Özilli K, Yorulmaz H.** Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* **2011**; 11: 619-26
164. **Esin NM.** Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Yayınlanmış Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul **1997**

165. **Hacıhasanoğlu R.** Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisi. Yayınlanmış Doktora tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum **2007**
166. **Armay Z,Özkan M, Kocaman N, Özkan S,** Hastalık Algısı Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri.* **2007**, 10: 192-200
167. **Balkanlı A, Bakar M, Sonyürek N.** Gündüz Kemoterapi Ünitesine Gelen Kanser Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Uygulanması, XVIII. Ulusal Kanser Kongresi. 2009;Sözel Bildiriler, Ref. No.S69
168. **Kayış A.** Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul **2009**

## EKLER

### EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

#### A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

##### Protokol No:

1. Cinsiyetiniz nedir?

- 1)Kadın 2)Erkek

2. Kaç yaşındasınız..... ?

3. Kaç kilosunuz.....kg? Boyunuz.....cm? BKİ.....

4. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekar

5. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuryazar değil 2)Okur yazar 3)İlköğretim mezunu  
4)Lise mezunu 5) Yüksekokul ve Üniversite mezunu

6. Çalışıyor musunuz?

- 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

7. Çalışıyorsanız İşiniz/ Mesleğiniz nedir?.....

8. Size göre gelir durumunuz nedir?

- 1)Gelirim giderimden az 2)Gelirim giderime denk 3)Gelirim  
giderimden fazla

9. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

- 1)İl 2) İlçe 3) Köy

10. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1)Yalnız 2)Eşiyle 3)Eşi ve çocukları  
4)Çocuğun yanında 5)Akrabaları ile 6)Kurum

11. Sağlık sigortanız var mı?

- 1)Var 2)Yok

#### B. Hastanın Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

12. Ailenizde ya da yakın çevrenizde hipertansiyon tanısı olan var mı?

- 1) Evet ( Yakınlığı)..... 2) Hayır

13. Ailenizde ya da yakın çevrenizde hipertansiyon nedeniyle yaşamını kaybeden veya sakat kalan var mı?

1) Evet ( Yakınlığı)..... 2) Hayır

14. Hipertansiyon tanısını aldığınız süre (yıl):.....

15. Sigara kullanıyor musunuz?

1)Evet.....paket / yıl 2)Hayır

3)Bıraktım.....süre

16. Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet.....miktar / yıl 2)Hayır

3)Bıraktım.....süre

17. Kan basıncı değerinizi biliyor musunuz?

1)Evet ( KB değeri)..... 2) Hayır

18. Hipertansiyon nedeniyle kullandığınız ilaçların adları ve dozları nelerdir?

<u>İlacın Adı</u>	<u>Dozu</u>	<u>İlacın Adı</u>	<u>Dozu</u>
1).....	-----	2).....	-----
3).....	-----	4).....	-----

19. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

Hayır ise nedeni açıklayınız ?.....

20. Hipertansiyon hastalığı nedeniyle sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?

1)Evet ( Sıklığı) ..... 2)Hayır

3)Hayır ise açıklayınız ?.....

## EK-2. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Protokol no:

Tarih:

### HASTALIGINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda tansiyon hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığımız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda **evet** olmayanlarda **hayır** seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Boğazda Yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Soluk Almada Güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Kilo Kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Eklem Sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Gözlerde Yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Hırıltılı Solunum	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Baş Ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Mide Yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Uyku Güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Sersemlik Hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Güç Kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	

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

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER					
	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
1. Hastalığım kısa sürecek	1	2	3	4	5
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı	1	2	3	4	5
3. Hastalığım uzun sürecek	1	2	3	4	5
4. Hastalığım çabuk geçecek	1	2	3	4	5
5. Yaşamımın geri kalan süresini hastalığım ile geçireceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
6.Ciddi bir hastalığım var	1	2	3	4	5
7.Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var	1	2	3	4	5
8.Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor.	1	2	3	4	5
9.Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor	1	2	3	4	5
10.Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var	1	2	3	4	5
11.Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor	1	2	3	4	5
12.Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var	1	2	3	4	5
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir	1	2	3	4	5
14.Hastalığımın seyri bana bağlı	1	2	3	4	5
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez	1	2	3	4	5
16.Hastalığımı etkileyebilme gücüm var	1	2	3	4	5
17.Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek	1	2	3	4	5
18.Hastalığım zamanla iyileşecek	1	2	3	4	5
19.Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var	1	2	3	4	5
20.Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak	1	2	3	4	5
21.Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir	1	2	3	4	5
22.Tedavim hastalığımı kontrol edebilir	1	2	3	4	5
23.Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez	1	2	3	4	5
24.Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor	1	2	3	4	5
25.Hastalığım bana anlamsız geliyor	1	2	3	4	5
26.Hastalığımı anlamıyorum	1	2	3	4	5
27.Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum	1	2	3	4	5
28.Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum	1	2	3	4	5
29.Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor	1	2	3	4	5
30.Hastalığımın belirtileri bir var bir yok	1	2	3	4	5



<b>HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER</b>	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
31.Hastalığım önceden bilinemez(öngörülemez)	1	2	3	4	5
32.Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor	1	2	3	4	5
33.Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum	1	2	3	4	5
34.Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum	1	2	3	4	5
35.Hastalığım beni öfkeli yapıyor	1	2	3	4	5
36.Hastalığım beni endişelendirmiyor	1	2	3	4	5
37.Hastalığı beni kaygılandırıyor	1	2	3	4	5
38.Hastalığım beni korkutuyor	1	2	3	4	5

## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce tansiyon hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda tansiyon 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.

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

### EK-3. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

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

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

#### EK- 4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği **daire içine alarak belirtiniz**.

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	1	2	3	4
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	1	2	3	4
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	1	2	3	4
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	1	2	3	4
5	Yeterince uyurum	1	2	3	4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	1	2	3	4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	1	2	3	4
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	1	2	3	4
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	1	2	3	4
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(hızlı yürüyüş, bisiklete binme,aerobik,dans gibi)	1	2	3	4
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	1	2	3	4
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	1	2	3	4
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	1	2	3	4
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	1	2	3	4
15	Sağlık personeline önerileri anlamak için soru sorarım	1	2	3	4
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)yürürüm	1	2	3	4
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	1	2	3	4

	<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları</b>	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
18	Geleceğe umutla bakarım	1	2	3	4
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	1	2	3	4
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1	2	3	4
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	1	2	3	4
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım	1	2	3	4
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4

	<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Düzenli olarak</b>
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1	2	3	4
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	1	2	3	4
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1	2	3	4

T.C.  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
20/09/2012	18	2012/320

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Primer (Esansiyel) Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluluğu Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 14/09/2012 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yapılacağı merkezlerden alınacak olan izin belgelerinin Başvuru Formu'na eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

(Katılmadı)

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan

İmza  
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ  
Başkan Yrd.  
Başkan Vekili

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI  
Raportör

İmza  
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ  
Üye

İmza  
Doç. Dr. İrfan AYAN  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER  
Üye

(Katılmadı)  
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE  
Üye

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER  
Üye

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK  
Üye

İmza  
Uzm. Dr. Kıvılcım EREN ERDOĞAN  
Üye

(Katılmadı)  
Hürrem Betül LEVENT ERDAL  
Üye

(Katılmadı)  
Lale DAĞLI  
Üye

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ  
Başkan Vekili  
ASLI GİBİDİR

T.C  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Primer (Esansiyel) Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumları Arasındaki İlişki			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	----			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	----			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	Diğer: GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		



T.C  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMACILARIN ÖZGEÇMİŞİ	<input checked="" type="checkbox"/>
	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>
	Karar No: 2012/320	Tarih: 20/03/2012
Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Kıvılcım Eren ERDOĞAN	Patoloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Ülusal Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Projesi Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

\* :Toplantıda Bulunma



T.C.  
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

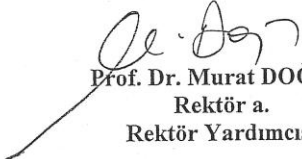
17/10/2012

Sayı :B.30.2.ERC.0.70.72.00/ 500-1784-6743  
Konu: Uygulama İzni

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 28/09/2012 tarihli ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-1164-13846 sayılı yazınız.

Üniversiteniz, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi **Gonca KARAKUŞ**'un, "Primer (Esansiyel) Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Alguları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumları Arasındaki İlişki" konulu tezine veri toplamak amacıyla 15 Ekim 2012 - 30 Mart 2013 tarihleri arasında Üniversitemiz Tıp Fakültesi Yılmaz-Mehmet Oztaşkın Kalp Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde çalışma yapması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi arz ederim.

  
Prof. Dr. Murat DOĞAN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

ME.Ü. REKTÖRLÜĞÜ GELEN EVRAK
31 Ekim 2012
Kayıt No: 20272
Birimi: Yazı İşleri
1435

38039 Melikgazi-KAYSERİ  
Tel: 0(352) 437 49 47 Fax: 0(352) 437 20 23

e-mail:ogridbsk@erciyes.edu.tr

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1986 yılında Kayseri’ de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2009 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun olan araştırmacı 2010 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitime başladı. Araştırmacı 2009-2013 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji servisinde hemşire olarak çalıştı. 2013 yılından itibaren Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.