



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARA
HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİMİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

VAHİDE ÇAKMAK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARA
HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİMİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

VAHİDE ÇAKMAK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	(Tez Danışmanı)
Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL	(Jüri Üyesi)
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	(Jüri Üyesi)
Doç. Dr. Hakan BAYDUR	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10311404
Yazar Adı / Soyadı	VAHİDE ÇAKMAK
T.C.Kimlik No	21772402410
Telefon	5079926917
E-Posta	vahide1818@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi
Tezin Tercümesi	Evaluate the Effects of Education Given by Nurses on Rational Drug Use and Health Literacy of Patients Receiving Hypertension Treatment
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Doktora
Yılı	2019
Sayfa	194
Tez Danışmanları	PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ
Dizin Terimleri	Akılcı ilaç kullanımı=Rational drug use ; Hasta eğitimi=Patient education ; Hipertansiyon=Hypertension ; Sağlık okuryazarlığı=Health literacy
Önerilen Dizin Terimleri	

09.12.2019

İmza: 

**HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARA HEMŞİRE
TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİMİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Öğrenci: Vahide ÇAKMAK

Danışman: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

İkinci Tez Danışmanı: Bulunmamaktadır.

Bu tez çalışması 06.12.2017 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelikte Doktora Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü

Üye: Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Üye: Doç. Dr. Hakan BAYDUR

MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Sosyal Hizmet Bölümü

Üye: Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

.....
Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Vahide ÇAKMAK



TEŞEKKÜR

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Doktora eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli tez danışmanım Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e,

Tezimin hazırlanması sürecinde yol gösterici ve destekleyici tavırları ile katkıda bulunan değerli hocalarım Doç. Dr. Hakan BAYDUR ve Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ'ye,

Tezimin hazırlanması sürecinde desteklerini esirgemeyen İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Arş. Gör. Cansu KOŐAR ile Arş. Gör. Esin SEVGİ DOĞAN'a ve eğitim hayatım boyunca her an yanımda olan eşime ve kızıma teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

KISALTMALAR

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	AIKÖ
Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü	AKBÖ
Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması	CREDIT
Hipertansiyonu Düşürücü Diyet	DASH
Diyastolik Kan Basıncı	DKB
Evde Kan Basıncı Ölçümü	EKBÖ
Avrupa Hipertansiyon Derneği	ESH
Avrupa Kardiyoloji Derneği	ESC
Hypertension incidence in Turkey	HinT
Sağlık Okuryazarlığı Araştırması-Avrupa Birliği	HLS-EU
Uluslararası Hipertansiyon Derneği	ISH
Sekizinci Ulusal Hipertansiyonun Önlenmesi, Tanısı, Değerlendirilmesi ve Tedavisi Ortak Komitesi	JNC 8
Kaiser Meyer Olkin	KMO
Kardiyovasküler Hastalık	KVH
Metabolik Sendrom Araştırmaları	METSAR
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	RAAS
Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi	KMO
Sistolik Kan Basıncı	SKB
Sempatik Sinir Sistemi	SSS
Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri	TEKHARF
Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması	TURDEP
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	YSOÖ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. HİPERTANSİYON	6
4.1.1. Hipertansiyonun Tanımı	6
4.1.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	7
4.1.3. Hipertansiyonun Etiyolojisi	8
4.1.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi	9
4.1.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	12
4.1.5.1. Kan basıncı değerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması	12
4.1.5.2. Etiyolojik faktörlere göre hipertansiyonun sınıflandırılması	14
4.1.6. Hipertansiyonun Risk Faktörleri	14
4.1.7. Hipertansiyonun Semptom ve Bulguları	17
4.1.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları	17
4.1.9. Hipertansiyonun Tedavisi	17
4.1.9.1. Non farmakolojik tedavi -yaşam tarzı değişiklikleri	18
4.1.9.2. Farmakolojik tedavi	22
4.1.10. Kan Basıncının Ölçülmesi	25
4.1.10.1. Kan basıncı ölçüm araçları	25
4.1.10.2. Kan basıncının ölçülmesi için gerekli alt yapı ve çevre koşulları	26
4.1.10.3. Kan basıncı ölçüm tekniği	26
4.1.10.4. Evde kan basıncı ölçümü	27
4.1.10.5. Ambulatuvar kan basıncı izlemi	28
4.1.11. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme	29
4.1.11.1. Anamnez	29
4.1.11.2. Fizik muayene	30
4.1.11.3. Laboratuvar incelemeleri	30
4.1.12. Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşirelik Bakımı	31

4.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI	33
4.2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı	33
4.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri	33
4.2.3. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri	34
4.2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları	35
4.2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	35
4.2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Nedenleri	36
4.2.6.1. Üretici firmadan kaynaklanan nedenler	36
4.2.6.2. Hekimlerden kaynaklanan nedenler	37
4.2.6.3. Eczacılar tarafından kaynaklanan nedenler	37
4.2.6.4. Hastalardan kaynaklanan nedenler	37
4.2.6.5. Hemşirelerden kaynaklanan nedenler	38
4.2.7. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları	39
4.2.8. Akılcı Tedavi Süreci	39
4.2.9. Dünyada ve Türkiye'de Farmakovijilans Çalışmaları	40
4.2.10. Dünyada ve Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı	41
4.2.11. Akılcı İlaç Kullanımı ve Hipertansiyon Kontrolü	43
4.3. PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ	44
4.3.1. Planlı Davranış Teorisi'nin bileşenleri	46
4.3.1.1. Davranış	46
4.3.1.2. Niyet	47
4.3.1.3. Tutum	47
4.3.1.4. Subjektif (Öznel) norm	47
4.3.1.5. Algılanan davranışsal kontrol	48
4.3.1.6. Davranışsal inançlar	49
4.3.1.7. Normatif inançlar	49
4.3.1.8. Kontrol inançlar	49
4.3.2. Planlı Davranış Teorisi Kullanılarak Sağlık Davranışları Üzerine Yapılmış Çalışmalar	50
4.3.3. Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Planlı Davranış Teorisi'ne Göre İncelenmesi	51
4.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	52
4.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri	54

4.4.2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	55
4.4.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları	56
4.4.4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	57
4.4.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Hipertansiyon Kontrolü	59
5. GEREÇ VE YÖNTEM	61
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	61
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ	61
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	61
5.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	62
5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	62
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	63
5.6.1. Hasta Tanıtım Formu	63
5.6.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	63
5.6.2.1. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri	66
5.6.3. Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği	87
5.6.4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	88
5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	88
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	89
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	89
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	89
6. BULGULAR	91
6.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE, HASTALIK DURUMUNA VE İLAÇ KULLANIMLARINA İLİŞKİN BULGULARI	91
6.2. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLAR	100
6.3. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLAR	104
6.4. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE, HİPERTANSİYONLA İLGİLİ DEĞİŞKENLER İLE İLAÇ KULLANIM DURUMUNA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN GRUP İÇİ VE GRUPLAR ARASI FARKLAR	105

7. TARTIŞMA	118
7.1.HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE, HASTALIK DURUMUNA VE İLAÇ KULLANIMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	118
7.2. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLARIN TARTIŞILMASI	123
7.3. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLARIN TARTIŞILMASI	125
7.4. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE HİPERTANSİYONLA İLGİLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN GRUP İÇİ VE GRUPLAR ARASI FARKLARIN TARTIŞILMASI	126
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	133
9. KAYNAKLAR	135
10. EKLER	158
EK 1 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	158
EK 2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul İzni	159
EK 3 Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Araştırma İzni	161
EK 4 Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan Alınan İzin	163
EK 5 Hasta Tanıtım Formu	164
EK 6 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Denemelik Form	167
EK 7 Uzman Görüşü İstenen Öğretim Üyeleri	170
EK 8 Uzman Değerlendirme Raporu	172
EK 9 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (Son Form)	181
EK 10 Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği	184
EK 11 Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	185
EK 12 Gönüllü Olur Formu	189
EK 13 Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İzin Belgesi	191
EK 14 Özgeçmiş	192
11. DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	195

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1 Sekonder Hipertansiyon Nedenleri	9
Tablo 4.2 Kan Basıncı Düzeylerinin 2013 ESC Göre Hipertansiyon Sınıflandırması	13
Tablo 4.3 Kan Basıncı Düzeylerinin JNC 8 Göre Hipertansiyon Sınıflandırması	13
Tablo 4.4 Kan Basıncı Düzeylerinin Amerika Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Hipertansiyon Sınıflandırması	13
Tablo 4.5 Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması	14
Tablo 5.1a Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin İlişki Açısından Kapsam Geçerlik İndeksi	69
Tablo 5.1b Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Basitlik Açısından Kapsam Geçerlik İndeksi	70
Tablo 5.1c Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Anlaşılabilirlik Açısından Kapsam Geçerlik İndeksi	71
Tablo 5.2 KMO ve Barlett's Testi Değerleri	72
Tablo 5.3 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Açımlayıcı Faktör Analizi	73
Tablo 5.4 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Uyum İndeksleri (36 Madde)	75
Tablo 5.5 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Alt Boyutları ile Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği Arasında Korelasyonlar (n=550)	78
Tablo 5.6 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Cronbach Alfa Katsayısı	79
Tablo 5.7 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Madde Analizi Sonuçları ve İç Tutarlık Katsayıları (n=550)	80
Tablo 5.8 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Her Bir Maddenin Ait Olduğu Alt Boyut Madde Toplam Puan Korelasyonları (n=550)	82
Tablo 5.9 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analizi Sonuçları ve İç Tutarlılık Katsayıları (n=550)	84

Tablo 5.10 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (n=550)	87
Tablo 6.1.1 Sosyodemografik Özellikler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	92
Tablo 6.1.2 Hastalık Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	93
Tablo 6.1.3 Alışkanlıklara İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	94
Tablo 6.1.4 İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	97
Tablo 6.1.5 İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	98
Tablo 6.2.1 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam Puanı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	101
Tablo 6.2.2 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Alt Boyut Puanları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	102
Tablo 6.3.1 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	104
Tablo 6.4.1 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Kan Basınçları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	105
Tablo 6.4.2 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Ödem Varlığı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	106
Tablo 6.4.3 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Tuz Kısıtlaması Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	106
Tablo 6.4.4 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Diyet Yapma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	107
Tablo 6.4.5 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Egzersiz Durumu Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	108
Tablo 6.4.6 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede İlaçları Düzenli Kullanma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	108
Tablo 6.4.7 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede İlaçları Kullanmayı Unutma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	109

Tablo 6.4.8 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Reçetesiz Eczaneden İlaç Alma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	110
Tablo 6.4.9 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Komşuların/ Yakınların Tavsiyesi ile İlaç Kullanma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	111
Tablo 6.4.10 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Her Evde Mutlaka Olması Gereken İlaç Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	112
Tablo 6.4.11 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Evde Hiç Kullanılmamış/ Yarım Kalmış İlaç Miktarı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	113
Tablo 6.4.12 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Fazla Olan İlaçların Durumu Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	114
Tablo 6.4.13 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Reçeteli İlaçların Kullanım Süresi Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	115
Tablo 6.4.14 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede İlacın Yan Etkileri ile Karşılaşma Durumunda Yapılacaklar Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	116
Tablo 6.4.15 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Reklamı Yapılan Ürünleri Tedavi Amacıyla Kullanma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar	117

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 4.1 Planlı Davranış Teorisi	46
Şekil 5.1 Ölçek Geliştirmek İçin Kullanılan İş Akış Şeması	65
Şekil 5.2 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Planlı Davranış Teorisine	76
Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli Faktör Yükleri	



Tezin Başlığı: Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı: Vahide Çakmak

Danışmanı: Prof. Dr. Sezgi Çınar Pakyüz

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu araştırma hipertansiyon tedavisi alan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma; 1 Ocak 2018-1 Ocak 2019 tarihleri arasında bir Aile Sağlığı Merkezi'nde deneysel olarak yapıldı. Örneklemi; çalışma tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve örneklem seçim kriterlerini karşılayan 100 hipertansiyonlu hasta oluşturdu. Girişim grubu için 50 ve kontrol grubu için 50 hipertansiyonlu hasta; blok randomizasyon seçim yöntemi seçildi. Veriler; Hasta Tanıtım Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ile üç ay ara ile iki kere toplandı. İlk görüşmede girişim grubuna eğitim verilirken kontrol grubuna eğitim verilmedi. Verilerin grup içi ve gruplar arası istatistiksel değerlendirilmesinde Independent Samples t, Mann Whitney U, Paired Samples t, Wilcoxon Signed Ranks ve ki-kare testleri kullanıldı.

Bulgular: Girişim grubunun yaş ortalaması $55,38 \pm 7,07$ yıl olup %68,0'i kadındır. Kontrol grubunun yaş ortalaması $55,12 \pm 6,88$ yıl olup %64,0'ü kadındır. Girişim grubunu oluşturan hastaların kontrol grubuna göre; verilen eğitim sonrasında YSOÖ toplam puanı ($13,28 \pm 4,10$) ve AİKÖ toplam puanı ($50,70 \pm 7,82$) ve alt boyut puanlarının olumlu yönde arttığı belirlendi. Girişim grubunda kan basıncında azalma, tuz kısıtlaması ve diyet yapan hasta sayısında artma, ilaçları düzenli kullanma açısından anlamlı artış, reçetesiz eczaneden ilaç alma ve komşuların/yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanma açısından anlamlı düşüşler belirlendi.

Sonuç: Araştırmanın sonuçları, hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastaların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini olumlu yönde arttırdığını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Hemşire Eğitimi, Hipertansiyon, Sağlık Okuryazarlığı.

Title: Evaluate the Effects of Education Given by Nurses on Rational Drug Use and Health Literacy of Patients Receiving Hypertension Treatment

Student Name: Vahide Çakmak

Supervisor: Sezgi Cınar Pakyüz, MSc, PhD, RN

Department: Department of Nursing

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the effects of education given by nurses on rational drug use and health literacy of patients receiving hypertension treatment.

Material and Method: This experimental research conducted between January 1, 2018 and January 1, 2019, in Family Health Center. The sample; the study-included patients with hypertension who applied to Family Health Center and met the sample selection criteria. A total of 100 hypertensive patients, 50 for the intervention group and 50 for the control group; the sample was selected by block randomization selection method. The data was collected twice with three months intervals with The patient identification form, the Rational Drug Use Scale (RDUS) and the Adult Health Literacy Scale (AHLS). At the first interview, patients in the intervention group were trained while the control group was not trained. Independent Samples t, Mann Whitney U, Paired Samples t, Wilcoxon Signed Ranks and chi square test were used for statistical analysis of within group and between groups.

Results: The mean age of the intervention group was 55.38 ± 7.07 years and 68.0% was female. The mean age of the control group was 55.12 ± 6.88 years and 64.0% was female. The total score of AHLS (13.28 ± 4.10) and RDUS (50.70 ± 7.82) and the subscale scores increased positively. After the training given to the intervention group, there was a decrease in blood pressure, and an increase in the number of patients who limit salt use and diet. The variables related to drug use, it was determined that there was a significant increase in the regular use of medicines and significant decrease in taking medications from a non-prescription pharmacy, and the use of medicines with the advice of neighbors / relatives.

Conclusion: It was concluded that the training given by the nurse positively increased the use of rational drug use and health literacy in hypertension patients.

Key Words: Rational Drug Use, Provided for patients by Nurse, Hypertension, Health Literacy.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sık görülen kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyon küresel bir halk sağlığı problemidir (Arıcı ve ark. 2015). Dünyada görülme oranı yüksek olan hipertansiyon, önlenebilir ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (Yurdakul ve Aytekin 2010; Dönmez ve ark. 2015; Üstü ve Uğurlu 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Küresel Durum Raporu'na (2010) göre, tüm dünyada 25 yaş ve üzeri yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı yaklaşık %40 olup, hipertansiyonun her yıl 7,5 milyon ölüme yani tüm ölümlerin %12,8'ine neden olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2011).

Türkiye'de yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyonlu hasta olduğu tahmin edilmektedir (Öngen 2005; Göçgeldi ve ark. 2008; Kolcu ve Ergün 2017). Türkiye'de yapılan 2003 tarihli PatenT-1 (Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) çalışmasına göre; hipertansiyon prevalansı toplamda %31,8, kadınların (%36,1) erkeklere göre (%27,5) fazla olduğu ve antihipertansif ilaç kullanma sıklığının toplamda %31 olduğu belirlenmiştir (http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf, Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2017). 2012 yılında yapılan PatenT-2 çalışmasında ise 18 yaş üzeri toplam nüfusta hipertansiyon oranı %30,3, kadınlarda (%32,3) erkeklerden (%28,4) daha fazla olup, antihipertansif ilaç kullanma sıklığının toplamda %47,5 olduğu tespit edilmiştir (http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, Erişim tarihi: 22 Temmuz 2017).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2009-2014 sonuçlarında antihipertansif kullananların veya kan basıncı >140 ve/veya 90 mmHg olanların oranı erkekler için %53,4, kadınlar için %63,5 olarak bildirilmiştir. Ayrıca 60 yaş ve üzerindeki her dört kişiden üçünde hipertansiyon saptanmış olup, erkeklerin %63'ünün, kadınların %74'ünün ilaç tedavisi kullandıkları tespit edilmiştir. Bu da her 10 hipertansiyonlu hastanın yedisinin antihipertansif ilaç kullandığını göstermektedir (Onat 2017).

Kan basıncının kontrol altına alınamamasında, hastanın ilaç tedavisine yeterli uyum sağlayamaması büyük rol oynamaktadır (Hacıhasanoğlu 2009). Yapılan bir çalışmada son beş yıl içerisinde hipertansiyon tanısı alan hastalardan az bir kısmının (%26,7) aynı antihipertansif ilacı kullandığı, büyük bir kısmının (%73,3) ise farklı antihipertansif tedavi sürdürdüğü belirtilmiştir (Özkara ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada hipertansiyonlu hastaların büyük oranla ilaç kullanma nedenini (%89,3), doğru kan basıncı ölçümünü (%85,7) ve hipertansiyona özel beslenmeyi bildiği (%98,2), ayrıca hastaların bir bölümünün ilaçların istenmeyen etkilerini ve ne gibi durumlarda hekime başvurması gerektiğini bilmediği (%42), ilaç kullanmayı hatırlamadığı (%50) ve tuz kısıtlaması yapmadığı (%19,6) saptanmıştır (Tokem ve ark. 2013). Yapılan başka bir çalışmada %34,7 oranla kadınlar ve %12 oranla erkekler ilaçlarını düzenli kullanmamakla birlikte, hastaların düzenli ilaç kullanma durumu, ilacın dozu, zamanı ve ilaç hakkında bilgilendirilme ile anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Cingil ve ark. 2009).

Hastaların yanlış ve lüzumsuz ilaç kullanımları, tüm dünyadaki gibi ülkemizde de toplum sağlığını etkileyen önemli bir sorun oluşturmaktadır (Pirinçci ve Bozan 2016; Çiftçi ve Aksoy 2017; Deniz ve ark. 2018). Akılcı ilaç kullanımıyla ilişkili yapılan pek çok çalışmada ilaçların gereksiz ve yanlış kullanıldığı gösterilmektedir (Yapıcı ve ark. 2011; Karataş ve ark. 2012; Yılmaz ve ark. 2014; Uğrak ve ark. 2015).

Akılcı ilaç kullanımına ilişkin önemli sorumlulukları olan hemşireler hastaları reçete edilen ilaçların kullanımını hakkında bilinçlendirmelidir. Ayrıca tedaviye uyum, ilaçları uygun ortamda saklama, reçetesiz ilaç kullanımı, evdeki biriken ilaçların doğru kullanımı, kendi kendine ilaç kullanma ve komşu/ arkadaş tavsiyesi ile ilaç kullanma gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmalıdırlar (Bilgili ve Karatay 2005).

Aile sağlığı merkezleri, hastalık durumunda ilk başvurulacak merkez özelliğini taşıması ve buna bağlı olarak tedavinin başlayacağı yer olması özelliğinden dolayı, ilaç tedavisi planlanması durumunda, akılcı ilaç kullanım ilkelerinin en baştan uygulamaya konulması açısından kritik bir öneme sahiptir (Gürhan 2016). Ayrıca aile sağlığı merkezleri, hastalarla uzun süreli ilişkilerin kurulabilmesi, dolayısıyla hipertansiyonda hem korunma hem izlem işlemlerinin yürütülmesine en uygun yerdir (Medeni 2016).

Kapsamlı görüşmelerin tekrarlanması ile bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri tespit edilebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre gerekli girişimler yapılarak toplum sağlığının geliştirilmesine yarar sağlanabilmektedir (Çopurlar ve Kartal 2016).

Sağlık okuryazarlığı DSÖ tarafından kişinin sağlık bilgisine ulaşabilme, anlayabilme ve uygulayabilme becerisini sağlığın korunması ve devamlılığı için kullanması olarak ifade edilmektedir (WHO 1998). Sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir işlevi olan sağlık okuryazarlığı (Nielsen-Bohlman ve ark. 2004) düzeyinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde düşük olduğu belirtilmektedir (Uğurlu 2011).

Literatürde, hipertansiyon tedavisi alan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada amaç; hipertansiyon tedavisi alan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisini değerlendirmektir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. HİPERTANSİYON

4.1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kalp debisi ve periferik vasküler dirence bağı olarak kanın arter duvarına yaptığı basınç arteriyel kan basıncı olarak adlandırılmaktadır (Erkoç 2013; Badır 2014; Alp ve ark. 2018). Arteriyel kan basıncının normal görülen değerlerin üzerinde olmasına ise hipertansiyon denilmektedir (Enç ve ark. 2007; Ateş 2013; Ardıç 2017).

Hipertansiyon, ayrı günlerde yapılan üç farklı ölçümde sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg veya diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg ya da üzerine çıkmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2003, 2012). 2013 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'na göre ise SKB \geq 140 mmHg ve/veya DKB \geq 90 mmHg olması hipertansiyon olarak belirtilmektedir (Mancia ve ark 2013). Ayrıca Uluslararası Hipertansiyon Komitesi (International Society of Hypertension-ISH) ve DSÖ tarafından yapılan tanıma göre; hipertansiyon antihipertansif ilaç kullanmayanlarda SKB 140 mmHg veya üzeri ve DKB 90 mmHg veya üzeri olmasıdır (Kolcu ve Ergün 2017). 2017'de yayınlanan Amerika Hipertansiyon Kılavuzu'na göre ise SKB \geq 130 mmHg ya da DKB \geq 80 mmHg olması hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (Whelton ve ark. 2017).

Hipertansiyon ülkemizde Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından yayınlanan 2018 Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda, tekrar edilen ofis ölçümlerine göre arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg dan daha fazla olması olarak tanımlanmaktadır (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf).

4.1.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünyada prevalansı giderek artmakta olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Kara ve ark. 2009; Alp ve ark. 2018). Tüm dünyadaki yetişkin ölümlerin %6'sından sorumlu tutulan hipertansiyon, ölüm nedenleri içinde üçüncü sırada yer almaktadır (Hacıhasanoğlu 2009; Karadağ ve ark. 2012; Özpancar 2013; Gün ve Korkmaz 2014).

Hipertansiyon dünyada yaklaşık olarak bir milyar insanı etkilemekte olup, kardiyovasküler morbidite ve mortalite için bir numaralı risk faktörü kabul edilmektedir (Lobo ve ark. 2018). Dünyada her yıl hipertansiyona bağlı komplikasyonlar 9,4 milyon ölüm ile sonuçlanmakta ve hipertansiyon %45 kalp hastalıklarının neden olduğu ölümlerden, %51 inmenin neden olduğu ölümlerden sorumlu tutulmaktadır (Arıcı ve ark. 2015).

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde en sık görülen hastalıklardan biri olan hipertansiyonun prevalansı Framingham çalışmasında erişkin toplumda %15-20 olarak saptanmıştır. Hipertansiyonun sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir (Zungur ve Yıldız 2004). ESH/ESC 2013 hipertansiyon kılavuzuna göre, dünyada genel toplumda hipertansiyon prevalansı %30-45 arasında olup, 2025 yılında %60'lara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Mancia ve ark 2013; Kolcu ve Ergün 2017).

Evre 1 hipertansiyonun tanımını ifade eden SKB ≥ 130 mm Hg veya DKB ≥ 80 mmHg değerlerine göre, ABD popülasyonundaki yetişkinlerin neredeyse %50'sinde hipertansiyon bulunmaktadır (Tsioufis ve ark. 2018). Avustralya'da 20 yaş ve üstü yaklaşık 18 milyon kişi yaşamaktadır ve bu nüfusun Amerikan Kardiyoloji Cemiyeti/Amerikan Kalp Birliği (ACC/AHA) 2017 kılavuzuna göre ($\geq 130/80$ mmHg) yaklaşık yarısının (%51), Ulusal Kalp Vakfı (National Heart Foundation) Avustralya 2014-2015 kılavuzuna göre ($\geq 140/90$ mmHg) ise %26'sının hipertansiyon tanısı alan hasta olduğu belirtilmektedir (Hoare ve ark. 2018). Ayrıca ortalama kan basıncı değerleri ülkeler arasında farklar göstermektedir (Mancia ve ark 2013).

Türkiye'de ise yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyonlu hastanın olduğu tahmin edilmektedir (Göçgeldi ve ark. 2008; Oskay ve ark. 2010; Kolcu ve Ergün 2017). Ülkemizde dört yıllık hipertansiyon insidansını saptamak amacıyla 2008'de yapılan HinT (Hypertension incidence in Turkey) çalışmasına göre genel insidans hızı %21,4 ve erkeklerde %23, kadınlarda %19,2 olarak bulunmuştur (Arıcı ve ark. 2010). Ayrıca hipertansiyon prevalans çalışmasına (Patent 2) göre hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak belirtilmiştir ve hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilaç kullanma oranı

%47,5 olarak bildirilmiştir (http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, Erişim tarihi: 22 Temmuz 2017).

Hipertansiyon prevalansı, Metabolik Sendrom Sıklığı (METSAR) 2007 çalışmasına göre Türkiye’de ≥ 20 yaş erişkinlerde %41,7 olarak saptanmıştır (Erişim tarihi: 12 Ağustos 2018, <http://www.metsend.org/pdf/Metsar-metsend.pdf>). 1998’de yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP) 1’de genel hipertansiyon sıklığı %29 (Satman ve ark. 2002) ve 2010 yılında yapılan TURDEP 2 çalışmasında da %25,6 olarak saptanmıştır (Satman ve ark. 2012).

Hipertansiyon prevalansı ulusal çapta yapılmış Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 1990 yılı verileri ile kan basıncı 140/90 mmHg veya üzerinde olan yetişkinlerin prevalansı Türkiye genelinde %33,7, kentsel kesimde %31,7 ve kırsal kesimde %36,4 bulunmuştur (Onat 2017). TEK HARF çalışması 2009-2014 verilerine göre ise, antihipertansif ilaç kullanan ya da kan basıncı >140 ve/veya 90 mmHg olanlarda hipertansiyon görülme sıklığı, erkekler için %53,4 ve kadınlar için %63,5 olup, hipertansiyon 50-59 yaş grubu arası yetişkinlerin yarısında, 60 yaş ve üzerindeki her dört yetişkinden üçünde saptanmıştır (Onat 2017). Ayrıca Türkiye’de kronik böbrek hastalığı durumunu belirlemek amacıyla 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması 2 (CREDIT 2)’nda genel popülasyonda hipertansiyon prevalansı %32,7 olarak saptanmıştır (Süleymanlar ve ark. 2011).

Hipertansiyon prevalansı, yanlılık riski düşük olan çalışmaların rastgele etkiler modeli (random effects model) ile yapılan bir metaanaliz çalışmasında %31,2 (%95 GA 27,6–34,9) olarak tespit edilmiştir (Kılıçkap ve ark. 2018).

4.1.3. Hipertansiyonun Etiyolojisi

Hipertansiyonun nedeni hastaların %90-95’inde bilinen bir hastalığa bağlı olmamaktadır. Nedeni bilinmeyen hipertansiyona primer/esansiyel hipertansiyon adı verilmektedir. Hastaların %5-10’unda ise hipertansiyon bir başka hastalığa bağlı olup, ikincil bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan hipertansiyon sekonder hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Öksüz 2004; Badır 2014; Medeni 2016; Üstü ve Uğurlu 2018). Sekonder hipertansiyona neden olan hastalıkların önemli kısmı böbrek kaynaklı olup, endokrin nedenler bir diğer önemli grubu oluşturmaktadır (Öksüz 2004; Badır 2014; Medeni 2016).

Sekonder hipertansiyon nedenleri Tablo 4.1’de gösterilmektedir;

Tablo 4.1 Sekonder Hipertansiyon Nedenleri

1. Sistolik ve Diyastolik Hipertansiyon Nedenleri
Renal nedenler
<ul style="list-style-type: none">• Renovasküler hastalık, Renin salgılayan tümörler• Piyolonefrit, Glomerulonefrit• Polikistik böbrek hastalığı• Hidronefroz• Böbrek tüberkülozu• Poliarteritis nodosa• Amiloidoz• Lupus eritematozus• Radyasyon nefriti
Endokrin Nedenler
<ul style="list-style-type: none">• Akromegali• Hipotiroidizm, Hipertiroidizm, Hiperkalsemi• Sürrenal Korteks kökenli hipertansiyon (Cushingsendromu, primer hiperaldosteronizm)• Sürrenal Medulla kökenli hipertansiyon• Semptomimetik ilaçlar (adrenalin, noradrenalin, dopamin, amfetamin, kafein, metildopa, tiramin)• Anabolik steroid kullanımı• İatrojenik glukokortikoid fazlalığı
Bazı ilaç ve toksinler
<ul style="list-style-type: none">• Doğum kontrol ilaçları ve diğer östrojen içeren ilaçlar• Monoamin oksidaz inhibitörleri trisiklik antidepresanlar• Triptofan ve tiramin içeren besinler (tavuk ciğeri, şarap, bira)• Nikotin, Kokain, Eritrosetin, Siklosporin
Aort koarktasyonu
Gebelik toksemisi (preeklampsi, eklampsi)
Nörolojik sorunlar
<ul style="list-style-type: none">• Kafa içi basıncının artması, Kurşun zehirlenmesi• Fiziksel ve mental stres, Guillain-barresendromu
<hr/>
2. Sistolik Hipertansiyon Nedenleri
Kalp debisini arttıran durumlar
<ul style="list-style-type: none">• Aort kapağı yetersizliği, Arteriyovenöz fistül• Beriberi hastalığı, Hipertiroidi

(Badır 2014).

4.1.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Kardiyak debisi ile periferik vasküler direnç arasında ilişki olarak kan basıncı oluşmaktadır. Kalp hızı ve stroke volüm ise kardiyak debiyi etkilemektedir (Zungur ve Yıldız 2004). Hipertansiyona neden olan faktörler kalp debisi ve periferik arteriyel dirençten birinde veya her ikisinde artışa yol açarak etki göstermektedir (Babalık 2005; Keleş 2014; Alp ve ark. 2018).

Böbrekler, damar endoteli, adrenal bez etkisi, santral ve periferik sinir sistemi ile kan basıncı kontrolü sağlanmaktadır (Alp ve ark. 2018). Hipertansiyon, kan basıncı regülasyonunun bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır (Ateş 2013). Hipertansiyon oluşumunda sempatik sinir sistemi (SSS) aktivitesinin artması, sodyumun tutulmasını sağlayan hormonların ve vazokonstriktör maddelerin fazla olması, vazodilatör maddelerin az olması, renin üretiminde düzensizliklerin olması, diyet ile aşırı sodyum ve yetersiz potasyum alımı, obezite, insülin direnci ve diyabet, damar hücre büyümesinde etkili faktörlerin fazla üretilmesi başlıca patofizyolojik etkenlerdir (Babalık 2005; Keleş 2014; Alp ve ark. 2018). Ayrıca genetik faktörler, yaşam tarzı, çevresel faktörler, hastaların fenotipik özellikleri, kan basıncı regülasyonu üzerine etki etmektedir (Alp ve ark. 2018).

Genetik yatkınlık: Epidemiyolojik çalışmalar aile içinde hipertansiyonun daha fazla olduğunu göstermektedir (Babalık 2005; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Monozigot ile dizigot ikizlerinde uygulanan karşılaştırılmalı kan basıncı çalışmaları ile kan basıncı yüksek olan kişilerin çocuklarının kan basınçlarının yükselmeye meyilli oldukları, kan basıncı düşük olan kişilerin çocuklarının ise düşmeye meyilli oldukları bulunmuştur. Genetik çalışmalarda hipertansiyon gelişimi ile en güçlü ilişkisi olan genler renin-anjiyotensin sistemi bileşenleri ile ilgilidir. Bunlar anjiyotensinojen, anjiyotensin dönüştürücü enzim, anjiyotensin- II tip 1 reseptörü ve beta-2 adrenerjik reseptördür (Babalık 2005). Bu genlerdeki mutasyonların böbrek tuz metabolizmasını etkileyerek hipertansiyonun ortaya çıkmasını sağladıkları bildirilmektedir (Babalık 2005; Badır 2014; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf).

Sempatik Sinir Sistemi Aktivitesi: SSS aktivitesindeki artış kalp, böbrek ve periferik damarlar üzerine etki etmektedir (Zungur ve Yıldız 2004; Badır 2014; Stoller ve ark. 2014). SSS'nin uyarılması ile kalp hızında artma, periferik vazokonstriksiyon, adrenallerin norepinefrin salımı ve kan basıncında yükselme gerçekleşmektedir. SSS aktivasyonu ile renal efferent sempatik liflerde uyarılma olur, renal kan akımı azalır, renal vasküler direnç artarak vazokonstriksiyon oluşmaktadır. Renal sempatik uyarılmayla sodyum geri Emilimi ve juksta glomerülerden renin salınımı uyarılarak Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemiyle (RAAS) ve böbrek tübüllerinden su ve sodyum tutulumu gerçekleşmektedir (Erkoç 2013).

Artmış Sodyum Alımı: Sodyumun fazla alınması, su tutulumunu artırıp kalbe venöz dönüşü ile sonrasında kalp debisinin artışına yol açmakta, ayrıca bu da renal ve vasküler fonksiyonları bozarak hipertansiyon oluşmasına sebep olmaktadır (Babalık 2005; Keleş 2014).

Renal Sodyum Tutulumu: Böbrekler tarafından sodyumun geri emilmesini fazlalaştıran faktörler; birincisi; konjenital/edinsel hastalıklara bağlı nefron sayısı veya fonksiyonunda azalma sonucu renal filtrasyon yüzeyindeki azalma (Babalık 2005). İkincisi; basınç natriürezin bozulması. Hipertansif olmayan bireylerde kan basıncı yükseldiğinde, böbreklerden sodyum ve su atılımı fazlalaşır, intravasküler hacim küçülür ve kan basıncının normale dönmesi sağlanır. Buna basınç natriürezi denilmektedir. Hipertansif bireylerde basınç natriürezi bozuk olup, kan basıncının bu şekilde düzenlenmesi gerçekleşmemektedir (Babalık 2005; Erkoç 2013). Üçüncüsü; böbreklerdeki afferent arteriyollerin vazokonstriksiyonu ya da intrensek daralma sonucu iskemik nefronların oluşmasıyla renin salgısı homojenite bozukluğu olan nefron heterojenitesidir. Ayrıca membrana bağlı sodyum transportu bozuklukları da sodyum retansiyonu ile sonuçlanabilir. Fazla sodyum alındığında, yukarıdaki mekanizmalara bağlı sodyum atılımı epeyce azalmasıyla intravasküler hacimde artış ve kan basıncında yükselme gerçekleşmektedir (Babalık 2005).

Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi: Kan hacminin ve basıncının düzenlenmesinde rol alan RAAS aktivitesinin çalışmasıyla sistemik damar direnci ve ekstrasellüler sıvı miktarı artmaktadır (Badır 2014). Karaciğerden salgılanan plazma anjiotensinojen, böbrekte renin tarafından anjiotensin I'e dönüşür, anjiotensin I ACE tarafından anjiotensin II'ye yıkılır. Anjiotensin II'nin etkileri anjiotensin I reseptörü üzerinden olup, böylece vasküler düz kas kontraksiyonunu ve hipertrofisini uyarmakta, kardiyak kontraktiletiyi arttırmakta, santral ve periferik sinir sistemini uyarmakta, nitrik oksit üretimini arttırmakta, aldosteron ve vazopressin salınımı sonucu susuzluğu arttırmaktadır. Böbrekte anjiotensin II tarafından anjiotensin I reseptörünün uyarılmasıyla renal efferent arteriol ve vasarectae vazokonstriksiyonuna, böbrek kan akımı düşüşüne ve renal vasküler direnç artışına yol açmaktadır. Anjiotensin II aldosteron salgılanmasını fazlalaştırır ve proksimal tübülü etkileyerek sodyum geri emilimini arttırmaktadır (Erkoç 2013).

İnsülin Direnci: Diyabet, trigliserid düzeyinin yüksekliği, obezite ve glukoz intoleransı nedeni ile insülin direncinin artması hipertansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Badır 2014). Hipertansiyon hastalarında insülinin vazodilatör etkisi,

insülin direnci ve artan SSS aktivitesi sonucu azalmaktadır (Babalık 2005; Keleş 2014). Ayrıca insülin intraselüler kalsiyum seviyesini fazlalaştırarak vasküler tonusu arttırmaktadır (Erkoç 2013).

Nitrik Oksit: Endotel hücrelerden salınan güçlü bir vazodilatör olan nitrik oksit kan basıncının düzenlenmesi, tromboz ve ateroskleroz oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Ateroskleroz ve genetikle ilişkili nitrik oksit sentezi veya salgılanmasında bozukluk hipertansiyona yatkınlığı belirlemektedir. Nitrik oksit insülin direnci olan insanlarda hipertansiyonun ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (Erkoç 2013).

Endotel disfonksiyonu: Damar endotelindeki bozulma sonucu arteriollerin genişleyememesi söz konusudur (Badır 2014). Endotel hücrelerden sentez edilen endotelin I belirgin ve uzamış vazokonstriksiyona neden olmaktadır (Erkoç 2013).

Vasküler Hipertrofi: Stres artışı ile SSS aktivitesinde artma, endotelin, A-II, hiperinsülinemi gibi faktörler ile damar düz kas hücresinde tonüs artışı ve vazokonstriksiyon oluşmaktadır. Rezistans damarlarda vazokonstriksiyon ve hipertrofinin oluşması sonucu periferik damarlardaki dirençte artışla kan basıncı yükselmektedir (Babalık 2005; Keleş 2014).

4.1.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun sınıflandırması genellikle kan basıncı değerlerine ve etiyolojik faktörlere göre yapılmaktadır (Zungur ve Yıldız 2004; Kolcu ve Ergün 2017).

4.1.5.1. Kan basıncı değerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Hipertansiyon, ESH/ESC 2013 hipertansiyon kılavuzuna göre; 18 yaş üzeri yetişkin kişilerde hekimin yaptığı standart ölçümle SKB ≥ 140 mmHg ve/ veya DKB ≥ 90 mmHg olmasıdır. Uygulamada tanı ve tedavi kararlarını kolay almak amacıyla genç, orta ve yaşlılar dahil herkesi kapsayan kan basıncı sınıflandırması kullanılmaktadır. Ancak bunun yanında çocuklar ve ergenler için gelişimsel persentil değerleri tercih edilmektedir (Mancia ve ark. 2013). Genel popülasyonda kan basıncı düzeyine göre sınıflandırma Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2. Kan Basıncı Düzeylerinin 2013 ESC Göre Hipertansiyon Sınıflandırması

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

Hipertansiyon
(Mancia ve ark. 2013).

Hipertansiyon 2013 ESC sınıflamasında ‘Normal ve Yüksek normal’ gruplarının karşılığı Joint National Committiee (JNC) 8’de ‘Prehipertansiyon’ grubu olarak gösterilmektedir (Dönmez ve ark. 2015).

Tablo 4.3. Kan Basıncı Düzeylerinin JNC 8 Göre Hipertansiyon Sınıflandırması

Kategori	Sistolik	ve	Diyastolik
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	veya	≥100

(James ve ark. 2014).

Tablo 4.4. Kan Basıncı Düzeylerinin Amerika Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Hipertansiyon Sınıflandırması

Kategori	Sistolik	ve	Diyastolik
Normal	<120	ve	<80
Yüksek	120-129	ve	<80
Evre 1 Hipertansiyon	130-139	veya	80-89
Evre 2 Hipertansiyon	≥140	veya	≥90

(Whelton ve ark. 2017).

4.1.5.2. Etiyolojik faktörlere göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırması Tablo 4.5' de gösterilmektedir.

Tablo 4.5. Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
<p>Nedenleri:</p> <ul style="list-style-type: none">• Genetik yatkınlık<ul style="list-style-type: none">• Tuz tüketiminin fazla olması• Obezite• Artmış sempatik aktivite• Renin Anjiotensin Sistemin Rolü• Tuz atılmasında renal bozukluk• Intraselüler sodyum ve kalsiyum artışı• Düşük doğum ağırlığı• Aceleci, stresli kişilik yapısı <p>Arttıran Faktörler: Fazla alkol alımı, sigara, sedanter yaşam, polisitemi, nonsteroidal anti inflamatuvarlar, potasyumun az alımı</p>	<p>A. Renal Nedenler</p> <ul style="list-style-type: none">• Kronik piyolonefrit• Akut ve kronik glomerülonefrit• Polikistik böbrek hastalığı• Renal arter darlığı• Arterioller nefroskleroz• Diyabetik nefropati• Renin salgılayan tümörler <p>B. Endokrin Nedenler</p> <p>1.Oral kontraseptifler</p> <p>2.Adrenokortikal Hiperfonksiyon</p> <ul style="list-style-type: none">• Cushing sendromu• Primer hiperaldosteronizm• Konjenital adrenal hiperplazi <p>3. Feokromositoma</p> <p>4. Miksödem</p> <p>5. Akromegali</p> <p>6.Hipotiroidi, hipertiroidi</p> <p>7. Hiperparatiroidi</p> <p>C. Uyku- apne sendromu</p> <p>D. Nörolojik nedenler</p> <p>E. Aorta koarktasyonu</p>

(Kaya ve ark. 2011; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf).

4.1.6. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Primer/esansiyel hipertansiyona yol açan birçok faktörü bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, hiperkolesterolemi, diyabet, ailede hipertansiyon öyküsü, obezite, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, stres, kişilik yapısı ve sedanter yaşam şekli hipertansiyonun oluşumunda rol oynayan bazı risk faktörleridir (Medeni 2016; Özpancar 2016). 2013 ESH/ESC kılavuzuna göre; hipertansiyonun değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve etnik yapı yer alırken, değiştirilebilen risk faktörleri arasında obezite, beslenme, madde kullanımı ve stres yer almaktadır (Mancia ve ark. 2013; Kolcu ve Ergün 2017).

Yaş: Hipertansiyon prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artış göstermektedir (Mancia ve ark. 2013). Yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %30 olup, 50 yaş ve üzerinde %45-50 oranında görülmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2003, 2012). Buna karşın kan basıncı yüksekliği çoğunlukla ilk olarak 35-50 yaşlar arasında saptanmaktadır (Medeni 2016).

Cinsiyet: Erkekler kadınlara göre hipertansiyon açısından daha risk grubundadır (Kolcu ve Ergün 2017). Yaşamın erken dönemlerinde kan basıncı açısından, cinsiyetler arasında fark olup olmadığı hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır (Özpancar 2013). 20'li yaşlardan itibaren erkeklerin kan basıncı ortalaması kadınlardan daha yüksek olma eğilimindedir. Bu farklılık genç ve orta yaş yetişkinlerde daha belirgindir. Yaşamın ileri döneminde aradaki farklılık azalıp tersine dönebilmektedir ((Engberding and Wenger 2012). Hipertansiyon prevalansı 50 yaş altında erkeklerde, 50-55 yaşlar arasında aynı ve 55 yaş üzerinde kadınlarda daha fazla görülmektedir (Engberding and Wenger 2012; Medeni 2016). Bu durum büyük olasılıkla kadınların post menopoz döneminde olmaları ve daha erken yaşlarda hipertansiyona sahip erkeklerin ileri yaşlara erişmemiş olmaları şeklinde açıklanabilmektedir (Yurdakul ve AYTEKİN 2010; Özpancar 2013; Zilberman ve ark. 2015).

Aile öyküsü: Hipertansiyonlu hastaların yaklaşık %60'ının ailesinde kan basıncı yüksekliği olduğu bildirilmektedir (Medeni 2016). Ayrıca anne ve babadan birinde hipertansiyon bulunması çocuklarda da hipertansiyon görülme oranını iki kat artırmaktadır (Özpancar 2013).

Obezite: Hipertansiyon ile obezite arasında önemli bir ilişki olduğu bilinmekte olup (Rocchini 2002; Dayı ve ark. 2005; Kaya ve ark. 2009; Aşıl 2015; Kolcu ve Ergün 2016), beden kitle indeksi arttıkça hipertansiyon görülme sıklığı da artmaktadır (Kaya 2003; Nandhini 2014). Hipertansiyonlu hastaların tahminen %60'ının kilosunun fazla olduğu ön görülmektedir (Kolcu ve Ergün 2016). Obez hastaların yaklaşık %40'ında ise hipertansiyon görülmektedir (Medeni 2016).

Obezite ile hipertansiyon ilişkisi yaklaşık 100 yıldan beri iyi bilinmekle beraber, neden olan mekanizmalar karmaşık ve multifaktöryeldir. Obezitede hipertansiyonun sıvı retansiyonu, insülin direnci, böbrekte yapısal değişiklikler, vasküler fonksiyondaki değişimler, SSS, RAAS ve hipotalamo-hipofizer-adrenal aksındaki değişimlerle ilgili olduğu belirtilmektedir (Rocchini 2002).

Sigara kullanımı: Her sigara içiminden sonra yaklaşık otuz dakika kadar arter kan basıncında yükselme meydana gelmektedir (Badır 2014). Bir sigara içimi santral düzeyde SSS'nde ve sinir uçlarında uyarım sonucunda kan basıncı ve kalp hızında akut bir artışa neden olmaktadır (Aşilar 2015). Sigara lipid profilini bozmakta, insülin direncini artırmakta, damar endoteli üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeni ile damarların vazodilatasyonunu azaltmaktadır (Badır 2014). Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar için önemli risk faktörlerindedir (Kaya ve ark. 2009).

Tuz tüketimi: Tuz ve hipertansiyon arasındaki ilişki uzun zamandır bilinmektedir. Tuz tüketimindeki artışın, ekstraselüler volüm artışı, SSS aktivasyonu ve endotelial vazokonstriktör mediatörlerdeki salınım sonucu oluşan periferik vasküler dirençteki artışa bağlı olarak hipertansiyona neden olduğu tahmin edilmektedir (Ulusoy 2016).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2008'de yaptığı Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması (SALTürk) çalışmasında, ülkemizde tuz tüketiminin ortalama 18,01 g/gün (308,3±143,1 mmol/gün) olduğu ve 100 mmol/gün tuz tüketiminde SKB/DKB'nda 5,8/3,8 mmHg artış olduğu belirtilmektedir (Erişim tarihi: 12 Ağustos 2018, http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_160608.php). 2012'de yapılan Türkiye'de Tuz Tüketimi Çalışması SALTürk-2 çalışmasında ise tuz tüketiminin 14,8 g/güne gerilemekle beraber halen istenilen düzeyde değildir (Erişim tarihi: 12 Ağustos 2018, http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_280512.php). Çalışmalara göre genel nüfusta 5-6 g/gün tuz kullanımı önerilmektedir (Mancia ve ark. 2013).

Alkol tüketimi: Fazla miktarlarda alkol alımı, damarlara olumsuz etkide bulunarak hipertansiyon görülme sıklığını arttırmaktadır (Medeni 2016). Aşırı alkol tüketenlerde inme ve ölüm oranı artmaktadır. Ayrıca alkol hipertansiyon ilaçlarının etkisini de azaltmaktadır (Kaya ve ark. 2009).

Hareketsiz yaşam: Düzenli egzersiz yapanlara oranla hareketsiz yaşam sürenlerde %20-50 daha fazla hipertansiyon gelişebilmektedir (Kolcu ve Ergün 2016; Özpancar 2016). Bireylerde fiziksel hareketin öneminin istenilen düzeyde kavranamaması ve hareketsiz bir yaşam şeklinin tercih edilmesi hipertansiyon oranını artıran önemli nedenler arasında yer almaktadır (Medeni 2016; Ilgaz ve Özer 2017).

Stres: Agresif dürtüleri bastırmak, fazla kontrollü veya aşırı uyumlu olmak, işte sürekli çaba göstermek gibi davranışlar hipertansiyon yatkınlığına yol açabileceği bilinmektedir (Çelik ve Özdemir 2010). Hipertansiyona yatkın kişilerde, duygusal streslere cevap olarak SSS etkilenmekte, vasküler vasokonstriksiyon ile başka

otonomik cevaplar sonucunda hipertansiyon gelişmektedir (Çelik ve Özdemir 2010; Ateş 2013).

4.1.7. Hipertansiyonun Semptom ve Bulguları

Hipertansiyon uzun bir süreç içerisinde geliştiğinde, genellikle asemptomatiktir, bu nedenle hastaların çoğu hipertansiyonun farkında değildir. Hipertansiyon çoğunlukla hastanın tesadüfen bir kontrol sırasında ya da beyin, göz, kalp, böbrek gibi damarsal açıdan zengin dokuların şikayetleri ile başvurduğunda farkedilebilmektedir. Sabah saatlerinde baş ağrısı, tinnitus, vertigo, epistaksis, palpasyon, dispne, ortopne, serebrovasküler olay, hemipleji, koma, nokturi şeklinde belirti bulgular görülebilmektedir (Kaptan ve Dedeli 2012).

Sık görülen bir semptom olarak kabul edilen baş ağrısı bile kan basıncı düzeyi ile zayıf ilişkilidir. Ventriküler hipertrofi ve ateroskleroz gibi geç bulgular kontrolsüz hipertansiyonun patolojik göstergeleridir (Erkoç 2013).

4.1.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon, erken tedavi edilmediğinde miyokart enfarktüsü, inme, böbrek yetersizliği gibi komplikasyonlara sebep olan ciddi bir sağlık problemidir (Aşilar ve Gözüm 2017; Ilgaz ve Özer 2017).

Hipertansiyon kontrol altına alınmadığında beyin dolaşımı, kalp, damar, göz ve böbrek hastalıkları için ciddi hasar ve ölümlerle sonuçlanmaktadır (Kaptan ve Dedeli 2012). Koroner kalp hastalığı ve hemorajik inme, kalp yetersizliği, periferik vasküler hastalık, böbrek yetmezliği, retinal hemoraji ve görme bozukluğu hipertansiyonun başlıca komplikasyonlarıdır (Ilgaz ve Özer 2017).

Hipertansiyon komplikasyonlarının erken dönemde teşhis ve tedavisi yapıldığında; komplikasyonların neden olduğu ölümlerin azaldığı ve hastaların daha az sorunla yaşamlarını devam ettirdikleri bildirilmiştir (Özpancar 2013).

4.1.9. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinde, kan basıncı kontrolü sağlanarak hedef organ hasarının önlenmesi veya mevcut olan organ hasarının ilerlemesinin durdurulması amaçlanmaktadır. (TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, 2012). Hipertansiyon tedavisi ile koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği, sol ventrikül hipertrofisi, böbrek yetersizliği ve inmede azalma meydana geldiği birçok

çalışmada bildirilmiştir (Abacı 2011). 2017 Amerika Hipertansiyon Kılavuzu'na göre tedavide hedef SKB 130 mmHg, DKB 80 mmHg altında olması beklenmektedir (Whelton ve ark. 2017).

Kan basıncının <140/90 mm Hg düzeyinde iken verilen yaşam tarzı değişikliği ve farmakolojik tedavi ile kan basıncı artışının önlenmesine ve ilacın sol ventrikül kütleini gerilediğine önlenmesine dair kanıtlar bulunmaktadır (Jones 2018).

4.1.9.1. Non farmakolojik tedavi -yaşam tarzı değişiklikleri

Hipertansiyon tedavisinin en önemli parçası, yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanmasıdır (Üstü ve Uğurlu 2018). Yaşam şekli değişikliklerinin önemi hem JNC 7 hem de ESH/ESC rehberlerinde vurgulanmaktadır (Tokem ve ark 2013). Yaşam tarzı değişikliği kan basıncı hafif yüksek olanlar için tek başına yeterli olabilmektedir, ayrıca antihipertansif ilaç kullananlarda, antihipertansif ilaç dozunun azaltabilmesi amacıyla her zaman tavsiye edilmektedir (Aronow 2012).

Kan basıncında düşüş, diğer risk faktörlerin ve klinik durumların kontrol altına alınması, ilaç sayısı ve dozunda azalma gibi hedeflere, yapılan yaşam tarzı değişiklikleri ile ulaşılabilmektedir (Kaya ve ark. 2009; Pekel ve ark. 2013). Ulusal ve uluslararası kılavuzlarda, yaşam tarzı değişikliği olarak; fazla meyve ve sebze tüketimi, az doymuş yağ alımı, beden ağırlığının kontrolü, fiziksel egzersiz, günlük olarak az sodyum ve alkol alımı ve sigaranın bırakılması önerilmektedir (Mancia ve ark. 2007; Kaya ve ark. 2009; Aronow 2012; Mancia ve ark. 2013; James ve ark. 2014; <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> Erişim Tarihi: 05/11/2017).

Hipertansiyonu Düşürücü Diyet (Dietary Approaches to Stop Hypertension-DASH Diyeti): Hipertansiyonu Durdurmak Üzere Besinsel Yaklaşımlar (DASH) çalışmasında, hipertansiyon hastaları ve hipertansiyon gelişme riski taşıyan normotansif bireylere bol meyve ve sebze, yağsız/ yağ miktarı az süt ürünlerinin, yağ ve kolesterol oranı fakir, biraz protein miktarı artmış bir diyet tüketmesi önerilmektedir (Öksüz 2004; Demir 2009; Özpancar 2016; Leung ve ark 2017).

Bu DASH diyeti sekiz hafta sürmekte ve yetişkinlerde kan basıncını 5.5/3.0 mmHg, kan basıncı yüksek olmayan kişilerde ise kan basıncını 3.5/2.1 mmHg azalttığı belirtilmektedir (Öksüz 2004; Demir 2009; Özpancar 2016). 2013 ESH/ESC kılavuzuna göre, meyve, sebze ve yağ miktarı az olan süt ürünlerinin fazla tüketimi önerilmektedir (Mancia ve ark 2013).

Kilo verme: Yüksek kan basıncı ile yüksek beden kitle indeksi (27 kg/m^2 ve üzeri) arasında bir bağlantı bulunmaktadır (Özpancar 2016). Aşırı kilo artışı kan basıncını yükseltmektedir. Obez kişilerin kilo vermesi ile kan basıncı düşmüş ve insülin direnci, diyabet, hiperlipidemi, obstruktif uyku sendromu iyi yönde etkilemiştir. 5,1 kg'lık kilo vermek ortalama SKB ve DKB 4,4 ve 3,3 mmHg düşme göstermektedir (Kaya ve ark. 2009; Kaya ve ark. 2011). Kilo kaybı ile antihipertansif ilaçların sayısı ve dozu da azaltılabilmektedir (Öksüz 2004; Özpancar 2016).

Zayıflamanın yanında egzersiz uygulanır, alkol kullanımı ile sodyum alımı azaltılırsa, kan basıncında daha fazla düşme sağlanmaktadır. Meyve, sebze, balık yağı ve lifli gıdalardan zengin beslenmeyle SKB/DKB'nda 4,5/2,7 mmHg düşme sağlanabileceği gösterilmektedir (Öksüz 2004). 2013 ESH/ESC kılavuzuna göre, kontrendike olmayanlarda, BKİ 25 kg/m^2 , bel çevresi erkekler için $<102 \text{ cm}$ ve kadınlar için $<88 \text{ cm}$ altında olması önerilmektedir (Mancia ve ark. 2013).

Düzenli Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivite, hipertansiyon tedavisinde ve kontrol altına alınmasında önemli bir yaşam tarzı değişikliğidir (Ilgaz ve Özer 2017). Hipertansiyon hastaları düzenli aerobik (izotonik) egzersiz yaparak, SKB'nda 4-8 mmHg düşme sağlayabilmektedir (Kaya ve ark. 2009; Badır 2014). Yürüyüş, yavaş tempolu koşu ve yüzme tipi egzersizler yarar sağlamaktadır (Kaya ve ark. 2011). Hipertansiyonlu hastalar haftada minimum 3-4 defa kalp hızının %60-70'ine ulaşacak şekilde 30-45 dakikalık egzersizler yapmalıdır (Özpancar 2016).

Hipertansiyon hastalarında itme, çekme, ağırlık kaldırma gibi izometrik egzersizler kan basıncında yükselmeye yol açtığı için sakıncalıdır (Badır 2014; Özpancar 2016). 2013 ESH/ESC kılavuzuna göre, düzenli egzersiz, yani haftada 5-7 gün minimum 30 dakika orta düzeyde aerobik egzersizler (yürüyüş, hafif koşmak, bisiklete binmek ya da yüzmek) tavsiye edilmektedir (Mancia ve ark. 2013). JNC 8 kılavuzuna göre ise; genel olarak yetişkinlerde kan basıncını düşürmek için haftada 3-4 kez, en az 40 dakika süren orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmalıdır (James ve ark. 2014).

Hipertansiyon hastaları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında düzenli egzersiz yaparak hem hipertansiyonu önleyebilmekte hem de tedavide kardiyovasküler riskler ve mortalite oranını azaltabilmektedir (Ilgaz ve Özer 2017).

Tuz kısıtlaması: Tuz alımı kan basıncında artışa neden olmaktadır. Tuz ve sodyum birbirinden farklı olup, sodyum çoğunlukla sofraya tuzu/NaCl şeklinde yiyeceklerle tüketilmektedir. Sodyumun sodyum bikarbonat gibi diğer şekillerde alınması kan

basıncını çok fazla arttırmamaktadır (Öksüz 2004). Klorür, sodyumun etkisini arttırmaktadır (Kaya ve ark. 2011). Tüm hipertansiyon hastalarının günde sodyum alımını yaklaşık 6 gr veya sodyum klorür tuzu alımını 2.4 gr ile sınırlandırmaları tavsiye edilmektedir (Nandhini 2014).

Az sodyum alınması kan basıncını düşürülmede ve hipertansiyonu kontrol etmede en etkili yaşam tarzı değişikliği sayılmaktadır (Öksüz 2004; Özpancar 2016). Ayrıca sodyumun kısıtlanmasıyla antihipertansiflerin dozunda ve miktarında azalma olmaktadır (Kaya ve ark. 2011). Sodyum kısıtlanmasını elde etmek için en az %50 oranında yemek pişirmek için tuz azaltılmalı, işlenmiş gıdalardan kaçınılmalı (Nandhini 2014) ve sofrada tuzluk kullanılmamalıdır (Öksüz 2004; Özpancar 2016).

Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre besinlerle alınan sodyum miktarı günde en fazla 2,4 g ya da 6 gr NaCl şeklinde azaltılması SKB'nı 2-8 mmHg düşürmektedir (Kaya ve ark. 2009). 2013 ESH/ESC kılavuzuna göre, tuz alımı günde 5-6 g'a kadar azaltılmalıdır (Mancia ve ark. 2013). JNC 8 kılavuzuna göre ise; günlük en fazla 2500 mg sodyum tüketilmesi önerilmektedir. Sodyum alımının 1500 mg'dan daha da azaltılması kan basıncını daha büyük oranda düşürmekte, bununla birlikte düşük sodyum alımı ve hipertansiyonu durdurma (DASH diyeti) beraber önerilmektedir (James ve ark. 2014).

Yetişkinler için 2017 Hipertansiyon Kanada Kılavuzu, hipertansiyonu önlemek ve hipertansiyon hastalarının kan basıncını azaltmak için sodyum alımını günde 2000 mg (5 g tuz veya 87 mmol sodyum) seviyesine düşürülmesini önermektedir (Leung ve ark 2017).

Alkol tüketiminin azaltılması: Alkol, antihipertansif ilaçların etkisini azaltırken, inme riskini arttırmaktadır (Öksüz 2004; Badır 2014). Alkol kullanımı günde 60 ml viski, 300 ml şarap veya 720 ml bira ile sınırlandırılmalıdır (Özpancar 2016). Alkol tüketiminin erkeklerde günde 2 kadeh, kadın ve zayıf kişilerde günde 1 kadeh şeklinde sınırlandırılması ile SKB 2-4mmHg azalmaktadır (Kaya ve ark. 2009).

Alkol tüketimi, 2013 ESH/ESC kılavuzunda erkekler için 20-30 g/gün ve kadınlar için 10-20 g/gün etanolü geçmeyecek biçimde azaltılması önerilmektedir (Mancia ve ark. 2013).

Sigaranın bırakılması: Kardiyovasküler olan ve olmayan faktörlerin azaltılmasında sigaranın bırakılması önemlidir (Özpancar 2016). Sigara içiminin bırakılması için kişiler yardım alabileceği merkezlere yönlendirilmelidirler (Badır

2014). Nikotin bantları sigarayı bırakmak için kullanılabilir ve kan basıncını yükseltmemektedir (Özpancar 2016).

Hipertansiyonlu hastaların sigara kullanma durumu 2013 ESH/ESC kılavuzuna göre her hasta ziyaretinde kaydedilmeli, sigara kullananların bırakması önerilmelidir (Mancia ve ark. 2013). Hastalara sigarayı bırakma konusunda yardımcı olunmalı, nikotin replasmanı, vareniklin ya da bupropion tedavisi düşünülmelidir (Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu (versiyon 2012).

Potasyum: Vasküler Na/K-ATP etkinliğinde artış ile vasküler gevşeme olmakta, renal vasküler direnç azalması ve glomerüler filtrasyon hızında artış oluşturmakta olup, bu mekanizmalar aracılığıyla kan basıncını düşürmektedir. Sebze ve meyveler ile yaklaşık alınan günlük 90 mmol potasyum hipertansiyonlu hastalarda basıncını düşürmektedir (Öksüz 2004). Yetişkinlerde için 2017 Hipertansiyon Kanada Kılavuzu'na göre, hiperkalemi riski olmayan hastalarda kan basıncını azaltmak için potasyum alımının artırılması önerilebilmektedir (Leung ve ark 2017).

Kalsiyum: 1 g/gün kalsiyum alımı, SKB'nda az bir düşme sağlamaktadır, ancak kalsiyum alımının artırılmasını gerektirecek özellikte değildir. Kalsiyum alımının artması hiperkalsiüriye, böbrek taşlarına ve üriner sistem enfeksiyonlarına neden olabileceğinden hipertansiyondan korunma ya da tedavisi amacıyla kalsiyum alımının artırılmasına gerek yoktur (Öksüz 2004).

Magnezyum: Çalışmalar, düşük magnezyum ile beslenenlerde hipertansiyon prevalansının fazla olduğunu, ancak kan basıncını düşürmek amacıyla fazla magnezyum alınmasını gerektirmediğini göstermektedir (Öksüz 2004).

Magnezyum ve kalsiyum takviyesi, 2017 Hipertansiyon Kanada Kılavuzu'nda hipertansiyonun önlenmesi veya tedavisi için önerilmemektedir (Leung ve ark 2017).

Stres Yönetimi: Stres kan basıncında akut yükselmelere neden olmaktadır. 2017 Hipertansiyon Kanada Kılavuzu'na göre, hipertansiyon hastalarında stres yönetimi bir müdahale olarak düşünülmelidir. Gevşeme teknikleri kullanıldığında, bireyselleştirilmiş bilişsel davranışsal yaklaşımların, etkili olma olasılığı daha yüksektir (Leung ve ark 2017). Yoga, meditasyon, derin solunum, zihinde canlandırma gibi bilişsel-davranışsal yöntemler kan basıncını kısa süreliğine düşürebilmekte olup, bu yaklaşımların uzun süreli faydaları bilinmemektedir (Badır 2014; Kolcu ve Ergün 2016).

Bastırılmış ve sürekli öfke düzeyleri yüksek olan hipertansiyon hastalarına yönelik olarak hemşireler hastalarını öfkeyle baş etme konusunda sürekli olarak desteklemelidir (Ateş 2013).

Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisi açısından önemli girişimler olan yaşam tarzı değişiklikleri, uzun sürede hastalar üzerinde uyum problemi oluşturabileceğinden gerektiğinde ilaç tedavisine başvurmadan kaçınılmamalıdır (Kaya ve ark; Medeni 2016).

4.1.9.2. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavide temel ilke bireye özgü olmasıdır. Hastada var olan kardiyovasküler risk etmenleri ve hedef organ hasarı olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavinin düzenlenmesi için hasta değerlendirildikten sonra risk etmenleri ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Etkisi uzun olan ve mümkünse tek doz olan ilaç tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır (Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2012).

Amerika Hipertansiyon Kılavuzu'na (2017) göre evre 1 hipertansiyonlu hastalarda aterosklerotik KVH öyküsü, yüksek aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riski, kronik böbrek hastalığı ve diyabet varsa ilaç tedavisine başlanmalıdır (Whelton ve ark. 2017).

Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'nda (ESH/ESC 2013) göre; monoterapi veya kombinasyon tedavisinde diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri ve beta blokerler kullanım sırasına bakılmadan tedavide ilk ilaç olarak kullanılabilir (Mancia ve ark. 2013).

Diüretikler: Çeşitli mekanizmalarla idrar miktarını artırır. Diüretiklerin kan basıncını düşürücü etki mekanizması natriürez, plazma hacminin azalması ve vazodilatasyon (damarların sempatik uyarıya yanıtını azaltarak ve arteriyol duvarlarındaki ödemi geriletilerek) şeklindedir (İlerigelen 2005). Tiazid grubu diüretikler; distal tubulusun başlangıç bölümünden sodyum ve klorun geri emilimini önlerken potasyum ve bikarbonat atılımını arttırmaktadır (Badır 2014). Loop diüretikleri; henle kulbunun çıkan kolunda etkilidirler. Sodyum ve potasyum emilimini azaltarak etki gösterirler. Potasyum tutucu diüretikler; Toplayıcı kanallar ve distal tubülüslerin son bölümünde etkilidir. Sodyum ve potasyum alışverişini duraklatarak sodyum atılmasını fazlalaştırır, potasyum geri emilimini arttırmaktadır.

Aldosteron reseptör antagonistleri; distal tubuluslarda aldosteron reseptörlerini bloke ederek sodyum ve su atılımını artırarak ve potasyumu tutarak kan basıncını düşürmektedir (Keleş 2014). Yan etkileri: Tiazid grubundaki ve loop diüretiklerde; hipokalemi, hiponatremi, glukoz intoleransı, hiperkolesterolemi, hiperürisemi, hiperkalsemi, empotans, ototoksite (lup diüretikleri), potasyum tutucu diüretiklerde; hiperpotasemi, jinekomasti (aldosteron antagonistleri) ve tüm diüretiklerde; halsizlik görülebilmektedir (İlerigelen 2005). Kontrendikasyonları: Tiazid grubu diüretikler için; Kesin kontrendikasyonlar; gut (Mancia ve ark. 2013; Üstü ve Uğurlu 2018; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Olası kontrendikasyonlar; Hiperkalsemi, hipokalemi, gebelik, metabolik sendrom ve glukoz intoleransıdır (Mancia ve ark. 2013).

Kalsiyum kanal blokerleri: Damar düz kası ve miyokarda hücre membranındaki adrenerjik ve II tip bir reseptörlerindeki uyarılma ile çalışan voltaj bağımlı kalsiyum kanallarını bloke etmektedir. Vasküler düz kas ve miyokard hücresi içine kalsiyum girişi azalarak vazodilatasyon oluşmaktadır. Arteriyel vazodilatasyon sonucu periferik damar direnci azalmakta ve kan basıncı düşmektedir (Keleş 2014). Yan etkileri: Yüzde kızarıklık, ateş basması, ayak bileği ödemi, dişeti hipertrofisi (İlerigelen 2005), baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, bulantı kusma, bradikardi ve hipotansiyondur (Badır 2014). Kontrendikasyonları: Verapamil, diltiazem için; Kesin kontrendikasyonlar; Kalp yetmezliği, ciddi sol ventrikül işlev bozukluğu ve atriyoventriküler bloktur. (Mancia ve ark. 2013).

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri: Anjiyotensin I' in anjiyotensin II' ye dönüşünü gerçekleştiren anjiyotensin dönüştürücü enzimi inhibe etmeleri sonucunda güçlü bir vazokonstiktör olan anjiyotensin II'nin oluşmasını engellemektedir (Keleş 2014). Aynı zamanda bradikinin yıkımını da azaltarak vazodilatasyon sonucu periferik damar direncini azaltırlar, damar hipertrofisini ve SSS aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürmektedir (İlerigelen 2005; Keleş 2014). Yan etkileri: Kuru ve boğucu öksürük en önemli yan etkisidir. Ayrıca anjiyoödem, tat değişikliği, döküntü, hipokalemi, nötropleni, baş dönmesi ve yorgunluktur (İlerigelen 2005; Badır 2014). Kontrendikasyonları: Kesin kontrendikasyonlar; Hiperkalemi, bilateral renal arter darlığı, anjiyonörotik ödem ve gebelik (Mancia ve ark. 2013; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Olası kontrendikasyonlar; Çocuk doğurma olasılığı olan kadınlardır (Mancia ve ark. 2013).

Anjiyotensin reseptör blokerleri: Bu ilaçlar anjiyotensin II'nin etkisini önleyerek damarlarda vazodilatasyon sağlamaktadır. Damar hipertrofini ve SSS aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürmektedir (İlerigelen 2005). Anjiyotensin reseptör blokerleri kalp hızı ve kardiyak debide değişikliğe neden olmadan kan basıncını düşürürler (Keleş 2014). Yan etkileri: Baş dönmesi ve anjiyoödeme neden olabilirler (İlerigelen 2005). Kontrendikasyonları: Kesin kontrendikasyonlar; Gebelik, hiperkalemi, bilateral renal arter darlığı (Mancia ve ark. 2013; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Olası kontrendikasyonlar; Çocuk doğurma olasılığı olan kadınlardır (Mancia ve ark. 2013). 2009 yılında yayınlanan Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi'nde öksürük sebebiyle anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerini kullanamayan hastalarda özellikle tercih edilebileceği belirtilmektedir (Kaya ve ark. 2009).

Beta blokerler: Miyokard üzerine (-) inotrop etki yapmaları sonucunda kalp kontraktilitesi üzerine azaltma etkisi yaparak kalp hızını ve debisini azaltırlar. Ayrıca bu ilaçlar renal renin salınımını baskılayarak ve periferik damar direncini azaltarak kan basıncını düşürmektedir (Badır 2014; Keleş 2014). Yan etkileri: Bradikardi, gastrointestinal bozukluklar, uyku sorunu, kabus görme, depresyon, periferik vazospazm, bronkospazm, hiperürisemi, glukozintoleransı, lipid parametreleri üzerine olumsuz etki ve empotans görülebilmektedir (İlerigelen 2005). Kontrendikasyonları: Kesin kontrendikasyonlar; Astım, periferik arter hastalığı (Üstü ve Uğurlu 2018). Olası kontrendikasyonlar; Sporcular, kronik tıkalı akciğer hastalığı, gebelik, metabolik sendrom ve glukoz intoleransıdır (Mancia ve ark. 2013).

Alfa blokerler: Alfa 1 reseptörleri bloke ederek periferik damar direncini ve kan basıncını düşürmektedir. Yan etkileri: Baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon ve sıvı retansiyonu önemli yan etkileridir (İlerigelen 2005; Badır 2014). Kontrendikasyonları: Kesin kontrendikasyon; ortostatik hipotansiyon. Olası kontrendikasyon; konjestif kalp yetersizliğidir (İlerigelen 2005). 2009'da hazırlanan Rehber'de alfa blokerlerin ilk seçenek olarak tercih edilmemesi gerektiği, özellikle yaşlı ve prostatizm semptomları olan hastalarda kullanılabileceği belirtilmektedir (Kaya ve ark. 2009).

Bir antihipertansif ilacın etki yaklaşık 3-4 haftada ortaya çıktığından, ilaç tedavisi başlanan veya tedavisinde değişiklik yapılan hastalarda kan basıncı kontrolünün başarılı olup olmadığı bir ay sonra kontrol ile değerlendirilmelidir (Arıcı ve ark. 2015).

4.1.10. Kan Basıncının Ölçülmesi

Hipertansiyon tanısının doğru olarak konması, uygun kan basıncı ölçümünün yapılması ile mümkün olmaktadır (Enç ve ark. 2007; Özpancar 2013). Kan basıncı ölçümü basit bir işlem olup, kan basıncı değerlerini değiştirebilecek ölçüm aletine, çevreye, ölçen sağlık personeline ve hastaya bağlı faktörlerden etkilenmektedir. En uygun kan basıncı değerini bulmak amacıyla bu nedenler bilinmeli ve minimale indirilmelidir (Koylan 2011; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf).

4.1.10.1. Kan basıncı ölçüm araçları

Kan basıncı ölçümü için cıvalı, aneroid ve elektronik mamometreler kullanılmaktadır. Tansiyon aletlerinin en az altı ayda bir kez kalibre edilerek doğru ölçüm yaptığından emin olunmalıdır. Ölçümlerin cıvalı sfigmomanometre ile yapılması tercih edilmelidir. Cıvalı manometreler dışında hastalar genellikle ölçüm kolaylığı nedeni ile ev için koldan veya bilekten ölçen otomatik kan basıncı ölçüm aletlerini kullanmaktadırlar. Bu cihazlar altı ayda bir cıvalı manometrelerle karşılaştırılıp kalibrasyonları yapılmalıdır (Erdem ve ark. 2012; Özpancar 2013; Badır 2014).

Ofis kan basıncı ölçümü için 2017 Amerika kılavuzları, oskültasyon yöntemi dahil olmak üzere ayrıntılı talimatlar sunmaktadır. Bununla birlikte, bir araştırma laboratuvarında, oskültasyon tekniğın, yeni kan basıncı ölçüm cihazlarının doğruluğunu test etmek için referans olmaya devam ettiği, klinik uygulamada, çok fazla hata kaynağına sahip olduğu ve dolayısıyla elektronik cihazların tercih edilebileceği kabul edilmiştir (Whelton ve ark. 2017; Stergiou ve ark. 2018).

Doğru sonuç alınabilmesi için hastaya uygun boyutlarda manşon kullanılmalıdır (Koylan 2011; Çakırcalı 2013). Manşon minimum kol boyunu %40 ve kol çevresini %80 sarmalıdır (Koylan 2011). ESC/EHC 2013 kılavuzuna göre normal bir manşonun genişliği 12–13 cm ve uzunluğu 35 cm olmalı, ayrıca kolu ince ve kalın olan bireyler için de uygun manşonlar bulundurulmalıdır (Mancia ve ark. 2013). Obez bireyler için manşon boyu en az 20 cm genişlikte ve 40 cm uzunlukta olmalıdır (Enç ve ark. 2007; Badır 2014). Kol çevresine göre uygun manşon boyutları aşağıda belirtilmiştir (Koylan 2011);

<u>Erişkin kol çevresi</u>	<u>Manşon boyutu</u>
22-26 cm	12x22 cm
27-34 cm	16x30 cm
35-44 cm	16x36 cm
45x52 cm	16x42 cm

4.1.10.2. Kan basıncının ölçülmesi için gerekli alt yapı ve çevre koşulları

Ölçüm sırasında karşılaşılan çevresel ve bireysel faktörler kan basıncı değerlerini değiştirmektedir. Kan basıncı ölçüm saati bilinmeli ve kayıt edilmelidir (Kolcu ve Ergün 2017). Kan basıncı ölçümünden en az 30 dk öncesine kadar hasta sigara, çay veya kahve gibi içecekler ve adrenerjik sistemi uyarıcı ilaçlar kullanmamış olmalıdır (Erciyes 2013; Badır 2014; Kolcu ve Ergün 2017). Ayrıca kan basıncını aktivite, solunum, ağrı, mesanenin dolu olması, defekasyon, ısı, yemek gibi faktörlerde etkileyebileceğinden bu durumlarda da yaklaşık yarım saat dinlenme gerekmektedir (Koylan 2011).

Kan basıncı ölçümünde dikkat edilmesi gerekenler şunlardır; Ortam sessiz, sakin ve uygun ısıda olmalıdır (Koylan 2011; Erciyes 2013; Kolcu ve Ergün 2017). Ölçümlere, hastanın minimum 5 dakika istirahati sonrası başlanmalıdır. Hasta sırtını bir yere yaslayarak oturmalı, ölçülecek koldaki giysiler çıkıyor ise çıkartmalıdır. Ölçüm yapılan kol kalp hizasında olmalı ve kolun altı desteklenmelidir. Ölçüm sırasında konuşmamalı, bacak bacak üstüne atmamalıdır (Enç ve ark. 2007; TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, 2012; Badır 2014; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Fenilefrinli nazal dekonjestanlar veya benzeri adrenerjik uyarıcıların kullanımı da sonucun yanlış çıkmasına neden olmaktadır. Böyle durumda sakin bir odada hastanın 15 dakika istirahati sonrası ölçüme başlanmalıdır (Erciyes 2013; Kolcu ve Ergün 2017).

4.1.10.3. Kan basıncı ölçüm tekniği

Manşonun alt ucu dirseğin en az 3-4 cm üzerine gelmesine dikkat edilerek kol sarılmalıdır. Brakial arter saptanarak stetoskop diyagramı cilde hafifçe bastırılarak ölçüm yapılmalıdır (Badır 2014). Ölçüm sırasında stetoskop diyagramı manşonun altına sıkıştırılmamalıdır (Enç ve ark. 2007; Badır 2014;

http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf.

Aritmisi olan hastalarda manşon basıncı yavaş azaltılmalı ve doğru SKB ve DKB değerlerini elde edinceye kadar birkaç ölçümler tekrarlanmalıdır (Enç ve ark. 2007; Badır 2014).

Birinci ölçüm her iki koldan yapılmalıdır ve hangi koldaki kan basıncı yüksek ise yüksek olan değer hastanın kan basıncı olarak değerlendirilmelidir. İzlemlerdeki kan basıncı ölçümlerinde sağ kol tercih edilmeli ve her zaman aynı koldan ölçüm yapılmalıdır (Enç ve ark. 2007; TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, 2012; Badır 2014).

Yaşlı kişilerde, diyabetik hastalarda ve ortostatik hipotansiyonu olanlarda, ilk muayenede, kan basıncı hastanın ayağa kalkmasından 1 ve 3 dakika sonra ölçüm tekrarlanmalıdır (Enç ve ark. 2007; Mancia ve ark. 2013).

Kan basıncı ölçümünde, ikinci ölçümün arkasından hasta oturur durumda iken nabız palpasyonu ile (en az 30 saniye) kalp hızı ölçülmelidir (Mancia ve ark. 2013). Ölçümün yapıldığı kol ve pozisyon, SKB ve DKB kaydedilmelidir (Enç ve ark. 2007).

4.1.10.4. Evde kan basıncı ölçümü

Hipertansiyon tanısının teyidi için 2017 Amerika Hipertansiyon kılavuzu, ofis dışı ile hastanın kendi ölçümlerinin değerlendirilmesini önermektedir. Böylece beyaz önlük ve maskeli hipertansiyon dışlanması amaçlanmaktadır (Whelton ve ark. 2018).

Hastane ortamı ya da hekim ofisinde ölçülen kan basıncının yüksek bulunmasına karşın, günün diğer saatlerinde evde ve klinik dışında yapılan ölçümlerin normal bulunması beyaz önlük hipertansiyonu olarak tanımlanmaktadır (Kaya ve ark. 2009; Badır 2014). Maskeli hipertansiyon, beyaz önlük hipertansiyonun tam tersi olup, AKBÖ veya EKBÖ'lerinin yüksek, ofis kan basıncı ölçümünün normal olmasıdır (Kaya ve ark. 2009).

Evde kan basıncı ölçümü, 2017 Amerika kılavuzları'na göre AKBÖ'nin hazır bulunmaması ve AKBÖ tarafından yapılan beyaz önlük hipertansiyon teşhisinin doğrulanması tavsiye edilirse, EKBÖ'nün beyaz önlük hipertansiyonu ayırt etmek için makul bir alternatif olduğunu belirtmektedir. Ayrıca maskeli kontrolsüz hipertansiyon tanısında tavsiye edilmektedir (Whelton ve ark. 2017; Stergiou ve ark 2018).

Evde kan basıncı ölçümü için uygun genişlikte manşonu olan mekanik veya elektronik ölçüm aleti kullanılabilir. Ev ölçümlerinin beş ile yedi gün arasında

yapılması yeterli sayılmaktadır. Ev ölçümleri sabah ve akşam, beşer dakika oturur pozisyonda istirahatten sonra ve belirtilen önlemlere uyularak ölçülmelidir (Mancia ve ark. 2014; Özpancar 2016; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Kan basıncı hasta oturur pozisyondayken sessiz bir odada, sırtı ve kolu desteklenmiş halde ölçülmeli, iki ölçüm arasındaki süre 1-2 dakika olmalı ve ölçüm değerleri mutlaka kaydedilmelidir. Birinci izlem günü dışında diğer bütün ölçümlerin ortalaması alınarak evde kan basıncı hesaplanmaktadır. Sonuçlar mutlaka doktor gözetiminde yorumlanmalıdır (Mancia ve ark. 2014). Evde kan basıncı ölçümleri ortalaması $\geq 135/85$ mmHg olması hipertansiyonu düşündürmelidir (Kaya ve ark. 2009; Özpancar 2016).

4.1.10.5. Ambulatuvar kan basıncı izlemi

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, hastanın üzerindeki taşınabilir özel bir cihaz ile bir gün boyunca aktivite ve uyku esnasındaki kan basıncı kayıtları alınan, hipertansiyon tanısında ve izleminde kullanılan bir yöntemdir (Kaya ve ark. 2009; Mancia ve ark. 2014; Özpancar 2016; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Taşınabilir cihaz takılmasıyla alınan ilk değer ile operatörün yaptığı kan basıncı ölçümü arasındaki en yüksek 5 mmHg olması gereken fark, daha fazla olduğunda manşon çıkarılarak manşonun takılması tekrarlanmalıdır.

Hasta normal günlük aktiviteleri yerine getirmeliyken yorucu egzersizlerden kaçınmalı, manşon şişirilirken hareket etmemeli, konuşmamalı ve manşonu kalp hizasında tutmalıdır (Mancia ve ark. 2014). Hastadan bir günlük tutması istenmeli, hasta ilacını aldığı saati, öğünlerin saati, yatış ve uyanış saatleri, kan basıncını etkileyebilecek belirtileri ve olayları kaydetmelidir (Mancia ve ark. 2014; Özpancar 2016).

Klinik uygulamada 15 dakika aralıkla gündüzleri ve 30 dakika aralıkla geceleri ölçüm yapılmaktadır. Ölçümler arasında çok uzun aralıklar bırakılması doğruluğu azaltmaktadır. Ayrıca ölçümlerin gece ile gündüz aynı aralıklarla yapılabileceği de önerilmektedir. Gündüz ve gece yapılan kan basıncı ölçümlerinin %70'in altında olması durumunda kan basıncı ölçümü yinelenmelidir. Kardiyak ritim düzensizse alınan ölçümlerde yanlışlık olabileceği akılda tutulmalıdır (Mancia ve ark. 2014).

Yirmidört saatlik SKB 119-126 mmHg ve DKB 75-80 mmHg değerleri klinik ölçümlerde 140/90 mmHg ile eşittir. Uyanık olunan saatlerdeki ölçümlerin ortalaması $\geq 135/85$ mmHg, uyurken $\geq 120/75$ mmHg olduğunda hipertansiyon tanısı düşünülmelidir (Özpancar 2016).

Ambulatuvar kan basıncı izlemi sınırdan ya da dirençli hipertansiyon, değişken kan basıncı, hipotansif semptomlar, otonom işlev bozukluğu, sık kan basıncı kontrolü gibi durumlarda tercih edilmektedir. Ambulatuvar kan basıncı erişilen kan basıncı hedefinin tespiti, gece ve gündüz kan basınçlarına etki, kan basıncı değişkenlerine etki, kan basıncı yüküne etki, tedavi zamanlaması ve klinik çalışmaların değerlendirilmesinde yarar sağlamaktadır (Koylan 2011).

Gece AKBÖ 2017 Amerika kılavuzlarında kardiyovasküler riskin güçlü bir belirleyicisi olarak (ofis veya gündüz ambulatuvar kan basıncından daha üstün) kabul edilmektedir. Gündüz AKBÖ ise beyaz önlük ve maskelenmiş hipertansiyon tanısı için önerilmektedir (Whelton ve ark. 2017; Stergiou ve ark 2018).

Arter kan basıncı değerinin takibi, doğru ilaç seçimi, tedaviye başlamaya karar verme ve tedavinin etkilerini izleme açısından önemlidir (Badır 2014). $<130/80$ mmHg'lık kan basıncı hedefi için, tedavi edilen düşük genel kardiyovasküler risk ile primer korunmada hipertansif hastalar için bile tek başına ya da farmakolojik ve non farmakolojik müdahalelerin bir kombinasyonu tavsiye edilmektedir (Tsioufis ve ark. 2018).

4.1.11. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme

Hipertansiyon tanısı tekrarlanan kan basıncı ölçümleri ile anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri ile konulmaktadır (Kolcu ve Ergün 2017).

4.1.11.1. Anamnez

Hipertansiyonlu bir hastanın klinik değerlendirmesi anamnezinin alınması ile başlamaktadır (Öksüz 2004).

Anamnezde dikkat edilmesi gerekenler şunlardır (Öksüz 2004; Kaya ve ark. 2009; Kolcu ve Ergün 2017; Üstü ve Uğurlu 2018):

- Evvelki kan basıncı yüksekliği süresi, düzeyi, yapılan tedavi sonucu ve yan etkisi,

- Hastanın kalp ve böbrek hastalığı, serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalığı, diyabet, gut, dislipidemi, astım ve diğer önemli hastalıkları hakkında anamnezi,

- Hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, kalp yetersizliği, serebrovasküler olay ve böbrek hastalığı hakkında aile anamnezi,

- Hastanın yaşam biçimi alışkanlıkları (sigara içiyorsa süresi ve miktarı, alkol kullanım miktarı, diyetteki yağ cinsi ve ilave tuz kullanımı, fiziksel aktivite düzeyi, kilo artışı),

- Sekonder hipertansiyon nedenlerine yönelik semptomları ve kan basıncını arttırması olası ilaç ve madde kullanımı (oral kontraseptif ilaçlar, meyan kökü, kokain, steroidler, steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar gibi)

- Hipertansiyon sonuçlarını etkileyebilecek hastanın psikososyal ve çevresel faktörleri (çalışma ve öğrenim durumu, sosyal-kültürel-ekonomik yapısı gibi) sorgulanmalıdır.

Anamnezde hipertansiyon tanısının ilk alındığı tarih sorulmalı, kadın hastalar gebelikle ilişkili hipertansiyon konusunda sorgulanmalıdır (Mancia ve ark. 2013).

4.1.11.2. Fizik muayene

Hipertansiyonlu bir kişide, ikincil hipertansiyon, organ hasarı ve obezitenin tespitini içeren tam bir fizik muayene yapılmalıdır (Kaya ve ark.2009; Mancia ve ark. 2013). Fizik muayenede; Kan basıncı ölçümü uygun şekilde tekrarlanmalı, beden kitle indeksi hesaplanması yapılmalıdır. Kardiyovasküler sistem ayrıntılı olarak incelemeli, kalbin boyutları, ritim bozuklukları, 3. ve/veya 4. ses ve kalp yetersizliği olup olmadığı değerlendirilmelidir. Boyun muayenesi yapılmalı, karotis üfürümleri, venöz dolgunluğu ve tiroid büyümesi olup olmadığı belirlenmelidir. Ekstremiteler periferik arter nabızlarında zayıflama ve ödem açısından muayene edilmelidir. Akciğerler, batın incelemesi, göz dibi ve serebrovasküler inceleme yapılmalıdır (Öksüz 2004; Kaya ve ark. 2009; Ardıç 2017).

4.1.11.3. Laboratuvar incelemeleri

Hipertansiyonlu hastalarda yapılacak laboratuvar incelemeleri, sekonder hipertansiyonun araştırılması, risk faktörü varlığı ve hedef organ hasarının değerlendirilmesine yönelik olmaktadır (Öksüz 2004; Kaya ve ark. 2009; Mancia ve ark. 2013; Ardıç 2017). Bu incelemeler en basit olandan daha komplike olanlara doğru

yapılmalıdır (Mancia ve ark. 2013). Bu amaçla yapılacak incelemeler birinci basamakta, ikinci basamakta ve gerek görüldüğünde yapılan diğer laboratuvar incelemeleri olarak üç gruba ayrılabilir (Öksüz 2004; Özpancar 2013). Bunlar;

Birinci basamaktaki laboratuvar incelemeleri; rutin idrar analizi, kan sayımı, kan glukozu, elektrokardiyografi, göğüs röntgenografisidir. İkinci basamaktaki laboratuvar incelemeleri; tam kan sayımı, kreatinin, sodyum, potasyum, total-HDL-LDL kolesterol ve açlık trigliserididir. Gerek görüldüğünde yapılan laboratuvar incelemeleri; kreatinin klirensi, mikroalbuminüri, 24 saatlik idrarda protein, kan kalsiyum düzeyi, ürik asit, LDL-kolesterol, apolipoproteinler, lipoprotein elektroforezi ve diğer lipid analizleri, hemoglobin A1C ve/veya fruktozamin, TSH, aldosteron ve katekolaminler, ekokardiyografi, kraniyal, renal ve periferik arterlerin ultrasonografi/doppler incelenmesi, batin ultrasonografisidir.

4.1.12. Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Mortalite ve morbiditeye yol açan önemli risk faktörleri içinde sayılan hipertansiyon, ciddi hastalık yükü nedenleri arasındadır (Verdecchia ve Angeli 2003; (http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf, Erişim tarihi: 18 Ocak 2018). Sağlık ve maddi alanda ciddi yükler oluşturan hipertansiyon, böbrek ve kalp hastalıkları, inme, erken ölüm ve yeti kaybı gibi durumlar ile ilgisi bulunmaktadır. Hipertansiyon aynı zamanda önlenebilen ve tedavi edilebilen bir hastalıktır (Arıcı ve ark. 2015).

Hipertansiyonlu hastalarda kan basıncının kontrol altında olmasının önemi bilinmekle beraber, kan basıncı kontrolünde henüz istenilen seviyeye ulaşamamaktadır (Hacıhasanoğlu 2009). 1977'den bu yana yayınlanan birçok kan basıncı yönetim kılavuzları, yüksek kan basıncının önlenmesi, farkındalığı, tedavisi ve kontrolünü geliştirmek için birçok hizmet sunmaktadır (Whelton ve ark. 2017).

Hipertansiyonlu hastaların düzenli tedavi ve takibinde, hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyonun değerlendirilmesi, tanılama ve izlemi, bakımı, ilaç yönetimi, danışmanlığı ve doğru alışkanlıkların kazandırılması gibi hemşirelerin görevleri uluslararası çalışmalarda belirlenmiştir (Kolcu ve Ergün 2016).

Yan etki görülmeden ve maliyeti düşük olarak, kan basıncını kontrol altında tutmak hipertansiyonlu hastanın bakımında hemşirenin amacıdır (Enç ve ark. 2007; Erciyes ve Pakyüz 2014). Hemşirelerin önder olarak yer aldığı hipertansiyon

takiplerinde hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile tedaviye uyumlarında artış gözlenmiştir (Uysal 2015). Çalışmalarda halk sağlığı hemşirelerinin yaptığı ziyaret ile eğitimler sonucu hipertansiyonlu hastaların %71'inde normal kan basıncına erişildiği belirtilmiştir (Taş ve Büyükbeşe 2013).

Hemşire tarafından hastanın kendisi ve yakınlarıyla başa baş görüşmede bulunularak eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde hipertansiyon, tedavi ve bakım anlatılmalı, tedavi uyumunu engelleyen faktörler tespit edilmelidir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Eğitim etkinliği yüz yüze görüşmelerin dışında telefonla da izlenmelidir (Kolcu ve Ergün 2016).

Hastanın önerilen yaşam şekli değişiklikleri, hastalık süreci, ilaçları önerildiği gibi kullanması, ilaçlar ve hipertansiyon komplikasyonlarını değerlendirmek amacıyla düzenli sağlık kontrollerini aksatmaması hakkında hasta ve yakınları desteklemelidir (Enç ve ark. 2007). Hemşireler tarafından hastanın kan basıncı düzenli aralıklarla izlenmeli ve hastaların kendilerinin evde uygun alet ve teknik ile kan basıncını takip etmeleri hakkında bilgilendirmelidir (Enç ve ark. 2007; Taş ve Büyükbeşe 2013).

Mümkün olduğunca günlük kullanılan ilaç sayısı azaltılarak tedavi basitleştirilmelidir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf), hastanın ilaçların neden olabileceği yan etkileri anlaması ve başa çıkabilmesi sağlanmalıdır (Taş ve Büyükbeşe 2013).

Hemşireler diyetin (sağlıklı beslenme), kilo kontrolünün ve egzersizin birlikte uygulanmasının kan basıncını azaltmada daha etkili olduğunu bilmeli, hipertansiyonlu hastaya haftada 5 defa minimum 30 dakika orta seviyede aerobik egzersiz ile kilo kontrolü ve diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri kazandırmalıdır (İlgaz ve Özer 2017). Ayrıca hipertansiyonlu hastanın kilo, beden kitle indeksi ve bel çevresini düzenli aralıklarla ölçmelidir (Kolcu ve Ergün 2016).

Hemşire liderliğinde diğer sağlık ekibinde bulunanların (hekimler, hemşireler, diyetisyenler, eczacılar gibi) işbirliği ile ortak çalışma sürdürülerek olumlu bir yaşam tarzı değişikliği kazandırılabilen ve kan basıncı kontrolü sağlanabilmektedir (Özpancar 2013; Taş ve Büyükbeşe 2013; Kolcu ve Ergün 2016).

3.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

4.2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı

Akılcı ilaç kullanımı, hastalar ve toplum için kaliteli sağlık hizmetinin sağlanmasında önemli bir unsurdur (Mahmood et al., 2016). Akılcı ilaç kullanımı, DSÖ tarafından 1985'teki Nairobi toplantısında "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlamıştır (WHO 1985). İlacın kullanımı ile ilgili birçok doğru prosedürün bir kombinasyonunu içeren akılcı ilaç kullanımı (Özatic ve ark., 2018); doğru ilaç, doğru endikasyon, doğru doz ve süre, hastanın yeterli olarak bilgilendirilmesi ve ilacın maliyet uygunluğu ilkelerinin tamamının göz önünde bulundurulmasıdır (Akıcı ve Kalaça 2013; Yılmaz ve ark. 2014; Özyurt ve ark. 2018).

4.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşan reçete yazma rehberi hazırlanmıştır (WHO 1994).

Etkinlik: İlaç istenilen etkileri gösterebilir olmalıdır (İskit 2016). Etkinlik, ilaç tercihinde ilk ve en önemli kriterdir. Birçok ilaç olmasına rağmen hemen hemen 70 farmakolojik grup mevcuttur (WHO 1994). Yeni çıkan ilaçların birçoğunun etki mekanizması yeni olmamakla beraber, gerçekte eski etki mekanizmalarının diğer bir benzeridir. İlaçların farmakokinetik özellikleri göz önüne alınarak, erken etki gösteren ya da uygun dozda etki gösteren ilaçların seçilmesine özen gösterilmelidir (Akkurt 2016).

Güvenlik: İlaçların istenmeyen etkileri kabul edilebilir olmalıdır (İskit 2016). Tüm hastaların anamnezinde ilaç alerji ve/veya yan etkileri sorgulanmalıdır. Bir ilacın etkili olabileceği gibi, yan etkisinin de olabileceği asla unutulmamalıdır (Akkurt 2016). Hastaneye başvuruların bir kısmının (%10) ilaçların yan etkilerinin sebep olduğu tahmin edilmektedir. İlaçlara bağlı kazaların hepsi için olmasa da, yanlış ilaç ya da yanlış doz seçimine bağlı gelişebilecek yan etkileri engellemek için yaşlılar, çocuklar, hamileler, karaciğer veya böbrek rahatsızlığı olanlar gibi yüksek risk grupları belirlenmelidir (WHO 1994).

Uygunluk: Hasta olan bireyin özelliklerine göre uygunluk değerlendirilmelidir. İlacın farmasötik şekli ve uygulama biçimi göz önüne alınmalıdır. Etkin ve kullanımı

kolay olan ilaç tercih edilmelidir (WHO 1994). Hasta için reçete edilmesi düşünülen ilacın kontrendikasyonlarının neler olduğu, riskli gruplarda kullanılabilirliği ve ilacın verilmiş yolunun uygunluğu sorgulanmalıdır (İskit 2006). Gebelik ve emzirme döneminde bebeğin sağlık durumu unutulmamalıdır. İlaçların etkisi, bazı yiyecekler ya da diğer ilaçlarla etkileşme sonucu azalıp artabileceği dikkat edilmelidir. İlacın dozaj şeklinin uygun olması hastanın tedaviye uyumunu sağlayabilmektedir (WHO 1994).

Tedavi Maliyeti: Tedavi maliyetinin düşük olması gerekmektedir (İskit 2006). Tedavi maliyeti ödeyen kim olursa olsun (kişinin kendisi, sigorta şirketi ya da devlet) tüm ülkelerde önem arz etmekle beraber mutlaka sorgulanmalıdır (WHO 1994). Hastaların geri ödenen ilacı tercih edebileceğinden dolayı hekim, hastasının sağlık sigortasının içeriği ve geri ödeme koşullarını bilmelidir (Akkurt 2016).

4.2.3. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri

İlaç kullanımında akılcılık, deneye ve gözleme dayanan bilgi birikimiyle gerçekleştirilmiş bir deneyimlilik durumu olup, bu deneyimlerin daha sonra tıbbi tanı ve tedavi edici hekimlik süreçlerinde elverişli ve etkin kullanımını içermektedir (Akkurt 2016).

Tanı, tedavi veya korumayla ilgili birçok etkinlikleri içeren akılcı ilaç kullanımının “Akılcılık” ölçütleri; ilaçların seçimi, ilaç lojistiğini belirleme, reçete yazma süreci, reçete yanıtı süreci, ilaçların tüketimi, ilaç bilgisi desteği ve ilaç yönetiminde akılcılıktır (Duran 2014; Akkurt 2016).

İlaçların seçimi: İlaç seçimi; hedef kitlenin gereksinimleri çerçevesinde belirlenmelidir. Bu yaklaşım, piyasada bulunan ilaçlar arasından “öncelikli ilaçların” belirlenmesi şeklindedir. Öncelikli ilaç seçiminde başlangıç noktası, morbidite ve mortaliteye ilişkin veriler, hasta dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmalıdır.

İlaç lojistiğini belirleme: İlacı satın alma, depolama, stok yönetimi, denetimi ve dağıtımını içermektedir.

Reçete yazma süreci: Hekimlerin direkt devreye girdikleri aşamadır. Bu süreç doğru tanı ile başlayıp, sırasıyla tedavide ilaç verilip verilmeyeceğine karar verilmesi, diğer ilaçların etkililik-uygunluk-güvenilirlik-ekonomik olup olmadığının araştırılması, tedavinin planlanması ve son olarak takibi basamaklarından oluşur.

Reçete yanıtı süreci: Akılcı ilaç kullanımının reçete yanıtı sürecinde eczacılar devreye girer. Bu süreç reçetenin doğru yorumlanmasıyla başlar, reçetenin

karşılanmasını (ilaçların verilmesini/hazırlanmasını), doktorla gereken iletişimin sağlanmasını, hastanın eğitilmesini ve tedavinin takibini kapsar.

İlaçların tüketimi: Akılcı ilaç kullanımında görev, sağlık çalışanları, toplum ve kitle iletişimcileri arasında paylaşılmaktadır. Sağlık, hastalık ve ilaç tedavisi hakkında toplum bilgilendirilmelidir.

İlaç bilgisi desteği: Akılcı ilaç kullanımının tüm aşamalarında ilaç bilgisi gereklidir. İlaçlar hakkında bilgi mutlaka tarafsız, güncel, doğru, eksiksiz, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.

İlaç yönetimi: İlaç yönetiminde akılcılık “Ulusal İlaç Politikası” çerçevesinde ele alınmalıdır. Tüm tarafların görüş birliğine vardığı paket, devlet desteği ile uygulamaya konulmalıdır. Ulusal ilaç politikasının planlanması-uygulanması-izlenmesi aşamalarında görev alanlar tüm bilgi ve becerilerini bu doğrultuda kullanmalıdırlar (Akkurt 2016).

4.2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları

İlacın üretiminden uygun şekilde imhasına kadar geçen süreçte pek çok kişiye ve kuruma önemli sorumluluklar düşmektedir (Akıcı ve Kalaça 2013). Akılcı ilaç kullanımının sağlanması konusunda önemli sorumluluklar düşen taraflar hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, eczacı, hasta/hasta yakını, sektör, düzenleyici otorite, meslek örgütleri ve diğer (Medya, Akademi vb.) gruplardır (WHO 1994; Akıcı ve Kalaça 2013; http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, Erişim tarihi:15.09.2017). Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili doğru bilgilerin erken yaşta öğrenilmesi anlamlı olabileceğinden, yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda edindikleri doğru bilgileri çocuklarına ve diğer ebeveynlerine aktarmaları önerilmektedir (Akıcı ve Kalaça 2013).

4.2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada en temel sağlık problemlerinden birisi akılcı olmayan ilaç kullanımınıdır (Toklu ve ark. 2012; Pirinççi ve Bozan 2016; http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, Erişim tarihi:15.09.2017; Özyurt ve ark. 2018). Akılcı olmayan ilaç kullanımının çok görülen türleri;

- Lüzumsuz çok miktarda ilaç kullanılması,
- Hastalara gereği olmayan ilaç reçete edilmesi,
- Uygunsuz antibiyotik kullanılması,

- İlacın oral olarak alınması daha uygunken enjeksiyonun istenmesi,
- Kılavuzlara uymayan ilacın reçete edilmesi,
- Hastaların hazırlanan ilaç tedavisine uymaması,
- Hastaların kendilerini yanlış tedavi etme girişimlerinde bulunmaları (WHO 2002; Aydın ve Gelal 2012) ve
- Reçetesiz ilaç temin edilmesidir (Çiftçi ve Aksoy 2017).

4.2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Nedenleri

Akılcı olmayan ilaç kullanımına pek çok olumsuz neden yol açabilmektedir (Ulupınar ve Akıcı 2015; Özyurt ve ark. 2018). Akılcı olmayan ilaç kullanımı nedenleri; üretici firmadan, hekimden, eczacıdan, hasta bireyden ve hemşireden kaynaklı nedenler olarak sınıflandırılabilir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Frandsen ve Pennington 2014; Ulupınar ve Akıcı 2015).

4.2.6.1. Üretici firmadan kaynaklanan nedenler

Akılcı ilaç kullanımının önündeki en baştaki engel temel ilaç listelerinin ve standart tanı tedavi kriterlerinin olmamasıdır. Ayrıca mevzuatın yeterli olmaması, ilaç ruhsatlandırması, ilaç fiyatlandırma sistemi ve ilaçların denetimindeki eksiklik aksaklıklara yol açmaktadır (Duran 2014).

Gerekli olan ilacın, gerektiği zaman ve miktarda temin edilememesi üretici firmadan kaynaklanan nedenlerdendir (Sürmelioglu ve ark. 2015). Bazı ilaç üretici hataları;

- Benzer adlara sahip ilaçların üretilmesi (örneğin; antikonvulsif ilaç olan Lamictal (lamotrigine), antifungal ilaç olan lamisil, antiviral ilaç olan lamivudine ve benzer diğer ilaçlarla karıştırılabilir). Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), bildirilen ilaç hatalarının %10'unun ilaç adı karışıklığı nedeniyle ortaya çıktığını bildirmiştir.
- İlaçların benzer ambalajlara sahip olması,
- Uzun etkili ilaç formüllerinin açık olarak etiketlenmemesi (Uzun etkili ilaçların ezilme, çiğnenme veya parçalanma nedeniyle uzun etkili niteliği kaybolabilir, bu ise aşırı doza yol açabilir) (Frandsen ve Pennington 2014).

4.2.6.2. Hekimlerden kaynaklanan nedenler

Hekimlerden kaynaklanan bazı hatalar;

- Objektif ilaç bilgisinin yetersiz olması,
- Hasta yükünün fazla olması,
- Hatalı veya okunaksız reçete yazılması,
- Hastanın durumu için endike olmayan ilaç yazılması,
- Bir ilaç veya ilaca ait doz seçilirken; hastanın yaşı, beden kitle indeksi, böbrek ve karaciğer fonksiyonu ve hastalık sürecinin göz önüne alınmaması,
- Hastanın kullanmakta olduğu reçeteli, reçetesiz ilaçların veya bitkisel ürünlerin göz önüne alınmaması,
- Uygulanan ilacın etkilerinin izlenmemesi veya bu etkiyi izlemesi için başka birinin görevlendirilmesi,
- İlaç uygulamasını doğru zamanda sonlandırmada başarısızlık yaşanması hekim kaynaklı sorunlar olarak biçimlenmektedir (Frandsen ve Pennington 2014).
- Sosyal veya yönetsel baskılara razı olma,
- Kısıtlı deneyimleri genelleyerek kullanma hekim kaynaklı nedenler olarak sayılabilir (Sürmelioglu ve ark. 2015).

4.2.6.3. Eczacıardan kaynaklanan nedenler

Akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda davranmaları gereken eczacıların, ilaçların hazırlanması ve hastalara verilmesine ilişkin yetkileri bulunmaktadır. Bu yetkiye göre hastaların eczacı tarafından ilaçları uygun şekilde kullanabilmeleri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Eczacıardan kaynaklanan nedenlere baktığımızda; hastaya doğru olmayan ilaç verilmesi, reçetesiz ilaç satılması, reçetenin içeriği dışında ilaçların hazırlanması olarak tanımlanabilir (Sürmelioglu ve ark. 2015). Ayrıca hastada tedavinin etkilerinin hatalı izlenmesi ve değerlendirilmesi hekime ve aynı zamanda eczacıya ait bir sorumluluktur (Duran 2014; Sürmelioglu ve ark. 2015).

4.2.6.4. Hastalardan kaynaklanan nedenler

Hastalardan kaynaklanan bazı hatalar;

- Bir reçete yazılırken, bir diğer hekim tarafından reçete edilmiş ilaçların, hasta tarafından bildirilmemesi,
- Reçetenin birden fazla eczane tarafından karşılanması,

- Reçetenin tam olarak karşılanmaması veya yinelenmemesi,
- Doğru olarak yazılmış bir ilacın fazla ya da az kullanılması,
- Eski bir hastalığa ait ilaç veya bir başka kişi için yazılmış ilacın kullanılması,
- İlacın kullanma veya saklanma talimatlarına uyulmaması,
- Kontrol ziyaretlerine gidilmemesi,
- Gerektiği zaman bilgi istenmemesi olarak tanımlanmaktadır (Frandsen ve Pennington 2014).

4.2.6.5. Hemşirelerden kaynaklanan nedenler

Hemşireleri doğrudan ilgilendiren akılcı olmayan ilaç kullanımı sorunları, daha çok ilaç uygulamaları kaynaklıdır. Hemşirelerden kaynaklanan ilaç uygulama hatalarından bazıları şu şekilde sıralanabilir;

- Doğru olmayan ilaç verilmesi,
- İlacın uygun olmayan dozda verilmesi,
- İlacın uygun yolla verilmemesi,
- İlacın doğru zamanda verilmemesi,
- İlacın hatalı hızda verilmesi,
- İlacın doğru hastaya verilmemesi,
- İlacın verilmesinin unutulması,
- Verilen ilacın kayıt edilmemesi,
- Verilen ilacın etkisinin izlememesidir (Uzun ve Arslan 2008; Aygin ve Cengiz 2011).
- Hemşire kaynaklı akılcı olmayan ilaç kullanımı nedenleri şunlardır;
- Hemşire sayısının yetersizliği kaynaklı aşırı iş yükünün olması,
- İlaç uygulamaları sırasında araya girme, telefona bakma, yorgunluk gibi nedenlerle dikkat dağınıklığının olması,
- Aşırı gürültü, ışık, ısı, çalışma alanının darlığı vb. nedenlerle çalışma ortamının uygun olmaması,
- İş stresi, isteksizlik, tükenmişlik, iş doyumunu az bulma gibi psikolojik faktörlerin etkileri,
- Deneyim ve ilaç bilgisinin yeterli olmaması,
- İlaç uygulaması ile ilgili hemşirenin gerekli donanımı taşınamaması,
- İlaç istemiyle ilgili sorunların yaşanması,

- Hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması,
- İletişim problemleri,
- İlaç stok ve temini ile ilgili sorunlar nedeniyle tedavinin zamanında/yeterli yapılamaması,
- İlaç uygulamalarını ilgilendiren kurumsal protokollerin ve prosedürlerin eksikliği ya da bunların uygulamaya yeterince yansıtılmamasıdır (Ulupınar ve Akıcı 2015).

4.2.7. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları

Ülkemizde ve tüm dünyada halk sağlığını ciddi anlamda etkilemekte olan akılcı olmayan ilaç kullanımı (Pınar 2012; Pirinçci ve Bozan 2016; Çiftçi ve Aksoy,2017; Deniz ve ark. 2018) aşağıdaki durumlar ile sonuçlanmaktadır;

- Hastaların tedaviye uyumunun azalması,
- İstenmeyen ilaç etkileşimleri,
- Hastalıkların uzaması veya tekrar etmesi,
- Advers olayların sık görülmesi,
- Bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesi,
- Tedavi maliyetlerinin artması (WHO 1994; WHO 2002; Akıcı 2006; http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, Erişim tarihi:15.09.2017; Deniz ve ark. 2018),
- İlaç bağımlılığıdır (Saygılı ve ark. 2015).

Akılcı olmayan ilaç kullanımında toplumsal olarak birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bunlar; ilaçla tedavi kalitesinin azalmasına bağlı morbidite ve mortalitenin artması, temel ilaçlara erişebilirliğin zorlaşması ve tedavi maliyetlerinde fazlaşma olarak belirtilmektedir (Sürmeliöglü ve ark. 2015; Akkurt 2016).

Tüm bu sorunları gidermek için, hizmet içi ve topluma yönelik eğitimlerin artırılması ve düzenli olarak takip edilmesi, bunların ek çalışmalarla desteklenmesi akılcı ilaç kullanımı açısından yarar sağlamaktadır (Sürmeliöglü ve ark. 2015; Akkurt 2016).

4.2.8. Akılcı Tedavi Süreci

Guide to Good Prescribing (İyi Reçete Yazma Kılavuzu) adı ile DSÖ tarafından 1994 yılında yayınlanan kılavuz, akılcı tedavi sürecini de içermektedir (İskit 2006).

Akılı tedavi sürecinde altı adım yer almaktadır. Bunlar; Hastanın probleminin tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenerek tedavi ile neyin başarılmak istenildiğine karar verilmesi, tedavinin hastaya uygunluğunun değerlendirilmesi ile tedavinin etkinliğinin ve güvenliğinin kontrol edilmesi, tedaviye başlanması, hastaya gerekli bilgilerin ve uyarıların anlatılması, tedavinin izlenmesi veya bitirilmesidir (WHO 1994).

4.2.9. Dünyada ve Türkiye’de Farmakovijilans Çalışmaları

Farmakovijilans kelime olarak ilacın zararlı etkilerine karşı uyanık olma olarak ifade edilmektedir (Soyalan ve ark. 2012; Akkurt 2016). Farmakovijilans DSÖ tarafından ise “ilaçlarla ilgili yan etkilerin veya herhangi bir ilaç ilişkili problemin; tanımlanması, değerlendirilmesi, anlaşılması ve önlenmesiyle ilişkili gösterilen aktiviteler ve bilimsel çalışmalar” olarak tanımlanmaktadır (Soyalan ve ark. 2012; Akkurt 2016; Bardak ve Kıykım 2016).

İlaç yan etkisi önemli bir sağlık sorunudur, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır (Usta ve ark. 2012). İlaç ilişkili toksisite ilk kez, 1848 Amerika Birleşik Devletleri ile Meksika savaşında kinin kullanımında raporlanmıştır. 1877’de kloroform anestezisinin ani ölümlerle sonuçlanması gözlenmiştir. 20. yüzyılda arsenic ilişkili fatal karaciğer yetmezlikleri ve kloramfenikol kullanımına bağlı aplastic anemi olgularının rapor edilmesi farmakovijilans alanında organize faaliyet ve kuruluşların gelişmesine neden olmuştur. İlk kurum ABD’de Federal Gıda, İlaç ve Kozmetik İnsiyatifi olarak kurulmuş ve FDA’ya dönüşmüştür. Önceleri zorunluluk durumlarında bildirilen istenmeyen etkiler 1960’lı yıllarda farkındalık ve sorumluluk bilincinin gelişmesiyle kendiliğinden ve gönüllü olarak bildirimlere dönüşmüştür (Bardak ve Kıykım 2016).

Dünya Sağlık Örgütü, 1961 talidomid felaketinden sonra Uluslararası İlaç Takip Programı’nı başlatmış ve 2010 yılı itibariyle 134 ülkede bu faaliyet kurumsallaşmıştır (Bardak ve Kıykım 2016). Ülkemizde ise ilk kez 1985’de Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi’in kurulmasıyla bu alanda çalışmalar başlatılmıştır (Çetin ve Arıcıoğlu 2009; Soyalan ve ark. 2012; Bardak ve Kıykım 2016). Bu merkez 2005 yılında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM) olarak değiştirilmiş ve çalışmalar hız kazanmıştır (Soyalan ve ark. 2012).

Dünya Sağlık Örgütü ile yapılan proje kapsamında, Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne yapılan başvurularda ilk sırayı %16 ile antibiyotikler, 2. sırayı ise %13 non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar ve antineoplastik ilaçlar almıştır. İlaç kullanım esnasında gözlemlenen yan etkilerin, elektronik olarak TÜFAM'a bildirilmesine fırsat oluşturan sistem, 2012'de hizmet vermeye başlamış ve hekimlerden başka hastalardan da yan etki bildirimleri toplanması projesiyle Türkiye'nin bu konuda dünya 2.si olmasına olanak sağlamıştır. TÜFAM'a %57 hastalar, %31 eczacılar, %9 hekimler ve %3 diğer sağlık personelleri yan etki raporları göndermiştir (Akkurt 2016).

Sağlık Bakanlığı 2014 yılında ilaçların neden olabileceği olumsuzlukları minimuma indirebilmek amacıyla uygun önlemlerin alınmasıyla bağlantılı kararları belirlemek için 'İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik' yayınlamıştır (Bardak ve Kıyıkım 2016).

4.2.10. Dünyada ve Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı

Dünyada neredeyse bütün ilaçların hemen hemen yarısı hatalı olarak reçete edilmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Aynı zamanda hastaların %50'den fazlası ise ilaçları hatalı kullanmaktadır (Akıcı ve ark. 2015; Uğrak ve ark. 2015; http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, Erişim tarihi:15.09.2017; Özyurt ve ark. 2018).

Akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi için DSÖ tarafından çeşitli önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler 12 temel müdahale olarak aşağıda belirtilmektedir (WHO 2002).

1. İlaç kullanımını ve etkilerini kontrol edecek kurum oluşturulması,
2. Eğitim denetim ve karar alma süreçlerinin desteklenmesine yönelik Klinik Tanı ve Tedavi Kılavuzlarından faydalanma,
3. İlk tercih edilecek tedavilere yönelik temel ilaçlar listesi oluşturma,
4. Hastanelerde ilaç ve tedavi kurullarının kurulması,
5. Probleme dayalı farmakoterapi eğitiminin müfredatta yer alması,
6. Hizmet içi eğitimlerin planlanması,
7. Kurumsal olarak denetleme ve geri bildirimlerin sağlanması,
8. İlaçlar hakkında tarafsız bilgi kaynaklarını harekete geçirme,
9. Kamuoyunun ilaçlar konusunda bilgilendirilmesi,
10. Etiğe uygun olmayan maddi uygulamalardan kaçınılması,

11. Gerekli düzenlemeleri uygulamaya koyma,
12. İlaçların ve personellerin varlığını güvence altına almak için uygun devlet harcamalarının yapılmasıdır.

Ayrıca bu önerilere paralel olarak Avrupa’da Şubat 2010 tarihinde yayınlanan Akılcı İlaç Kullanımı Yönetmelik Özet Raporu’na göre, 27 Avrupa Birliği üye devletlerinde Akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi için yapılacaklar, şu şekilde sıralanmaktadır;

- Hekimlerin, ilaçları ticari isimleri yerine, farmasötik maddenin ismiyle reçete etmesi,
- Reçete yazma kılavuzlarının oluşturulması,
- Farmasötik bütçelerin önceden ayrılması,
- Jenerik ilaçların kullanılmasının teşvik edilmesi ve eczacıların bilgilendirilmesi,
- Hekimlerin reçete yazma uygulamalarının izlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Genel kamuya yönelik bilinçlendirme faaliyetleridir (Gülmez 2012).

Birçok ülkede DSÖ’nün önerileri (WHO 2002) doğrultusunda başlatılan akılcı ilaç kullanım programı, Türkiye’de 1996 yılında tıp eğitiminde başlamış, bunu diğer sağlık alanları da takip etmiştir (Akılcı ve Kalaça 2013). Hekimlere yönelik 2002’de, “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi” basılmış, DSÖ’den tarafından yayınlanan “Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi” kitabı, 2004’te Türkçeye çevrilmiş ve bunlarla akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. (Akılcı 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında “Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü” kurularak 81 ilde akılcı ilaç kullanımı faaliyetleri yapılmıştır. 2011 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) kurulmuş ve 2012’de TİTCK bünyesinde “Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi” açılmıştır. 2014 yılında ilgili dairenin adı “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi” olarak değiştirilmiş ve bünyesinde oluşturulan beş birimden birisi “Akılcı İlaç Kullanımı Birimi”dir. Bu birim tarafından akılcı ilaç kullanımı ile ilgili faaliyetler devam etmektedir (Aksoy ve ark 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından “İlacım Ne Eksik Ne Fazla” kampanyası başlatılmış olup, kampanya 21 ilde pek çok faaliyet göstermektedir (<http://www.akilciilac.gov.tr>, Erişim Tarihi:08.07.2017). Akılcı ilaç kullanımı faaliyetleri “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” ile tekrar gözden geçirilmiştir (<http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-planı.pdf>, Erişim Tarihi:08.07.2017).

Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı çalışmaları 20 yıldan uzun bir süredir yürütülmekte olup akılcı ilaç kullanımı konusunda bir ilerleme olsa da ilaçların kullanım problemleri hala bulunmaktadır. Ülkemizde hipertansiyon tedavisi alan hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir anketi bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada; Akılcı İlaç Kullanımı Anketi tekrar gözden geçirilerek ve sorular ilave edilerek bir model çerçevesinde ölçeğe dönüştürülmeye çalışıldı. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ni geliştirmek için de Planlı Davranış Teorisi’nden yararlanıldı.

4.2.11. Akılcı İlaç Kullanımı ve Hipertansiyon Kontrolü

İnsan ve toplum sağlığı açısından önemli bir yer tutan ilaç, uygun şekilde kullanıldığında kişinin hayatını kurtarabilmekte, uygunsuz kullanıldığında ise hayat sona erebilmektedir (Pınar 2012).

Hipertansiyon ilaçlarının düzenli olarak kullanılmamasının nedenlerinin başında; hasta ile hekim arasında uygun güven ilişkisinin olmayışı, hastanın hipertansiyona bağlı gelişebilecek durumlarla ilgili yeterince ve doğru aydınlatılmamış olması, genel olarak ilaç kullanmayı benimsemeyişi, yan etkilerden çekinmesi, günlük hayatını zorlaştırmak istememesi ve kendi hastalığını tedavi etmek konusunda yeterince istekli olmayışı gelmektedir (Ünal ve ark. 2005).

Düzensiz ilaç kullanan hipertansiyon hastalarının çoğu ilacı bırakma eğiliminde olduklarından bu hastaların tespit edilmesi çok önemlidir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). DSÖ’ne göre hipertansiyonlu hastaların yaklaşık yarısı ilk yıl içerisinde hipertansiyonla ilişkili hizmet almayı bırakmaktadır. Ayrıca tıbbi takibi devam edenlerin ise sadece yarısı reçete edilen ilaçları kullandığını belirtmektedir (Gün ve Korkmaz 2014). Ayrıca tedavinin ilk yılında tedavilerini kesmekte olan hipertansiyonlu hastaların yarısının sadece bir kısmı (%10) ise gün içerisinde ilaçlarını

kullanmayı

hatırlamamaktadır

(http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf).

Hastanın ilaç tedavisine yeterli uyumu göstermemesi kan basıncı kontrolünü sağlayamamada önemli bir yere sahiptir (Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda (2018) hipertansif hastanın tedavi uyumunu arttırıcı metodlardan ilaç kullanımı ile ilgili olarak; hastaların günlük kullandıkları ilaç sayısının mümkün olduğunca azaltılması ve bazı hatırlatma yöntemlerinin kullanılması, yan etkilere karşı dikkat edilmesi ve ilacı/ ilaç dozlarını değiştirme olasılığına karşı hazır olunması önerilmektedir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Hemşireler hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarına yardımcı olarak hipertansiyonun kontrol altına alınmasını sağlayabilirler.

3.3. PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ

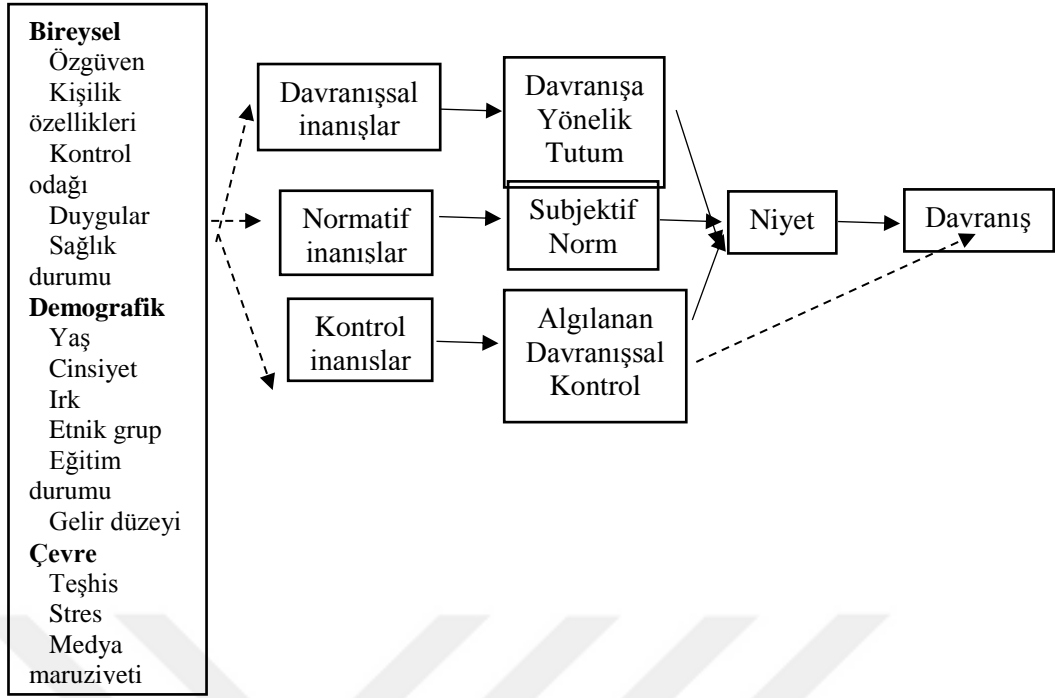
Planlı Davranış Teorisi (The Theory of Planned Behavior), davranışı tahmin etmek için araştırmacılar tarafından en çok tercih edilen sosyal psikoloji teorilerinden biridir (Kocagöz 2010; Ajzen 2011; Barua 2013). Planlı Davranış Teorisi ilk kez 1985 yılında Ajzen tarafından geliştirilmiştir. Bu teori ile belli davranışların belirleyicileri hakkında düşünmek için şimdiye kadarki en popüler kavramsal çerçeve tarafından sağlanmaktadır (Ajzen 1991). Planlı Davranış Teorisi egzersiz, kan bağışında bulunma, AIDS'den korunmak için kondom kullanma, yasadışı uyuşturucu kullanma, az kalorili diyet ve emniyet kemeri takma gibi birçok sağlıkla ilgili davranışların daha iyi anlaşılmasına yönelik girişimlerde başarıyla kullanılmaktadır (Ajzen ve Manstead 2007).

Planlı Davranış Teorisi, Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi'nin (Theory of Reasoned Action) genişletilmiş halidir (Ajzen 1991). Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi Fishbein ve Ajzen tarafından (1975) geliştirilmiştir ve bu teori ile kişinin tamamen kontrolü altındaki davranışlar açıklanabilmektedir (Erten 2002). Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi'nde tutumlar ve subjektif normlar bireylerin niyetini açıklamaktadır. Davranışın habercisi olan niyet ise, bireylerin söz konusu davranışı gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği konusundaki planlarını belirtmektedir (Kocagöz 2010; Kocagöz ve Dursun 2010).

Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi'ne algılanan davranışsal kontrol değişkeninin eklenmesiyle Planlı Davranış Teorisi ortaya çıkmıştır. Bu Teori ile kişinin kontrolünün altında olmayan davranışlar açıklanmaya çalışılmıştır (Ajzen 1991; Erten 2002; Kocagöz 2010; Bulduk ve ark. 2015).

Planlı Davranış Teorisine göre, kişinin davranışı üç faktör tarafından yönlendirilir: davranışın olası sonuçları ve bu sonuçların değerlendirilmesi (davranışsal inançlar), başkalarının normatif beklentileri ve bu beklentilere uyma motivasyonu hakkındaki inançları (normatif inançlar) ve davranışın performansını ve bu faktörlerin algılanan gücünü kolaylaştıracak veya engelleyebilecek faktörlerin varlığı hakkındaki inançları (kontrol inançlar) içerir. Davranışsal inançlar, davranışa karşı olumlu veya olumsuz tutum üretirler; Normatif inançlar algılanan sosyal baskıya da öznel normla sonuçlanır; ve kontrol inançları, algılanan davranışsal kontrole neden olur. Davranışa yönelik tutum, subjectif norm ve algılanan davranışsal kontrol kombine olarak davranışsal niyetin oluşmasına yol açar (<https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>, Erişim Tarihi: 14 Ocak 2018). Genel olarak, tutum ve öznel norm ne kadar elverişli ve algılanan davranış kontrolü büyük olursa, kişinin söz konusu davranışı yerine getirme niyeti de güçlü olur. Bununla birlikte, Planlı Davranış Teorisi'nde demografik, çevresel ve kişisel özellikler, davranışsal, normatif ve kontrol inançlarını etkileyerek dolaylı olarak davranışı etkileyebilecek arka plan değişkenleri olarak düşünülmektedir (Ajzen ve Manstead 2007).

Planlı Davranış Teorisi Şekil 4.1'de gösterilmektedir;



(Ajzen ve Manstead 2007).

Şekil 4.1 Planlı Davranış Teorisi

4.3.1. Planlı Davranış Teorisi'nin Bileşenleri

Planlı Davranış Teorisi'nin daha iyi anlaşılabilmesi için davranış ve davranışa etki eden faktörler aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

4.3.1.1. Davranış

Davranış, kişinin bir davranışı gerçekleştirme ihtimali veya davranışı gerçekleştirme olarak ifade edilmektedir (Argan 2016). Davranış belirli bir hedefe doğru belirli durumlarda gerçekleşen gözlenebilir cevap olan davranış, Planlı davranış teorisinde, niyet ve algılanmış davranışsal kontrolün birlikte uyumu ile oluşmaktadır (Muslu ve Başbakkal 2013). Bu teoriye göre, bir kişi, davranış üzerindeki kontrolünün yüksek olduğunu algılıyorsa ve davranışı gerçekleştirme hususundaki niyeti de yüksekse, davranışı gerçekleştirme ihtimali de o derece yüksek olacaktır (Ajzen 1991; 2007; Eylar 2016).

Davranışın hangi eylem türü olduğu, hangi amaç için olacağı, hangi ortamda ve ne zaman gerçekleştirileceği net olarak açıklanmalıdır (Muslu 2011).

4.3.1.2. Niyet

Niyet, belli bir davranışı kişinin yapmaya veya yapmamaya yönelik eğilimini ifade etmektedir (Ajzen 1991; Muslu ve Başbakkal 2013; Yılmaz 2013; Argan 2016). Davranışın öncüsü olarak kabul edilen niyet, söz konusu davranışı uygulamaya hazır olma durumunu göstermektedir (Ajzen 2015). Niyet ne kadar yüksekse davranışın gerçekleştirilme ihtimali de o kadar güçlüdür (Muslu ve Başbakkal 2013). Niyetin davranışın en yakın ölçümü olarak kullanılması planlı davranış teorisini başka teorilerden ayıran özelliğidir (Bulduk ve ark. 2015).

Planlı Davranış Teorisi'nde niyetin, kişilerin ne kadar çabalamaya istekli olduklarını veya davranışlarını gerçekleştirmek için ne kadar çaba harcamayı planladıklarını doğrudan gösterdikleri varsayılmaktadır (Conner ve Armitage 1998). Niyeti üç bağımsız değişken olan davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol açıklamaktadır (Ajzen 1991; 2008; Muslu ve Başbakkal 2013; Eyleyler 2016).

4.3.1.3. Tutum

Tutum, kişinin herhangi bir davranışı yerine getirmesine yönelik sahip olduğu olumlu veya olumsuz değerlendirmesidir (Ajzen 1991; Erten 2002; Ajzen 2007; Kocagöz 2010; Muslu ve Başbakkal 2013; Ajzen 2015; Argan 2016; Eyleyler 2016). Örneğin; "haftada en az üç gün yarım saat yürüyüş yapmak sağlığım için yararlı/zararlı, kolay/zor" gibi davranış hakkındaki tutumu belirlemede kullanılır (Bulduk ve ark. 2015). Önceki tecrübeler, bilgi birikimi ve çevresel başka etmenler tutumların oluşmasında rol oynar (Kocagöz 2010; Eyleyler 2016). Eğer kişi herhangi bir davranışı gerçekleştirmenin iyi sonuçlanacağına inanırsa, o davranışla ilgili olumlu bir tutum, eğer kötü sonuçlanacağına inanırsa bu durumda o davranışla ilgili olumsuz bir tutum sergileyecektir (Kocagöz 2010; Eyleyler 2016).

4.3.1.4. Subjektif (Öznel) norm

Subjektif norm, kişinin belli bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilmeme konusunda algıladığı sosyal baskı olarak tanımlanmaktadır (Ajzen 1991; Erten, 2002; Ajzen 2007; Maraş 2007; Muslu ve Başbakkal 2013; Yılmaz 2013; Bulduk ve ark. 2015). Subjektif norm, kişinin belli bir davranışı yapmasıyla önemli olan kişilerden, kurum veya kuruluşlardan karşılaşacağı tepkiyle ilgili beklentisi olarak ifade edilmektedir (Erten 2002; Argan 2016). Örneğin kişi için önemli olan bireylerin veya

grupların (eşi, ailesi, arkadaşları, öğretmeni ve iş arkadaşları gibi), herhangi bir davranışı onaylayıp onaylamayacağına ilişkin görüşleri, o davranışı yapmaya niyet etmesinin belirleyicilerinden biridir (Argan 2016).

Subjektif normun iki şekilde gerçekleştiği varsayılmaktadır; birincisi, kişi için önemli olan bireylerin, kendisinden ne şekilde davranmasını bekledikleri hakkındaki inançlardır. Örneğin; “ailem egzersiz yapmam gerektiğine inanır/inanmaz”. İkincisi, her bir inanca yönelik olumlu/olumsuz, iyi/kötü değerlendirmeleridir. Örneğin; “eşimin fikirlerini önemserim/önemsemem” şeklindedir (Bulduk ve ark. 2015).

4.3.1.5. Algılanan davranışsal kontrol

Algılanan davranışsal kontrol, kişinin yapacağı davranışı ne kadar kolay veya zor olarak algıladığını ve ne derece kontrolü altında olması gerektiğine dair inancını ifade etmektedir (Ajzen, 1991; Erten 2002; Kaça ve ark. 2009; Kocagöz ve Dursun 2010; Muslu 2010; Bulduk ve ark. 2015; Argan 2016). Ayrıca gerçekleştirilecek davranışa yönelik elde bulunan kaynakların/fırsatların fazla ve engellerin az olması kişinin davranış üzerindeki algılanan kontrolünü arttırmaktadır (Kocagöz ve Dursun 2010; Özer ve ark. 2015). Algılanan davranışsal kontrol, kişinin davranış için ne kadar uğraşması gerektiğini göstererek, davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilmeme hakkında kişiyi yönlendirmektedir (Ajzen 1991). Kişi zor olacağını düşündüğü davranışları eyleme koymakta gönülsüz davranmaktadır. (Erten 2002; Yılmaz 2013). Algılanan davranışsal kontrolün davranışın doğrudan açıklayıcısı olarak modelde yer almasının nedeni, algılanan davranışsal kontrolün, şayet gerçek kontrolü yansıtıyorsa, davranışı doğrudan etkileyeceği varsayımdır (Ajzen 1991; 2007; Eyer 2016). Belirli bir durumda belli bir davranış üzerinde algılanan kontrol olarak tanımlanan hem öz-yeterlik, hem de kontrol edilebilirlik inançları veya bir davranışın performansının yalnızca bireye bağlı olduğuna ilişkin inançlar, algılanan davranışsal kontrolünün yapısını oluşturmaktadır (Collins ve ark. 2011).

Algılanan davranışsal kontrol, davranışsal niyet ile birlikte doğrudan davranışsal başarı tahmininde kullanılabilen olup bunun iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi, birey davranışların önündeki zorlukları görebilir ve bunlara yönelik kendisini güçlendirebilir. İkincisi, algılanan davranışsal kontrolü artan kişi niyetini sabit tutarak, davranış biçimini başarılı bir sonuca getirmek için daha fazla çaba harcayabilir (Ajzen 1991; Muslu ve Başbakkal 2013).

4.3.1.6. Davranışsal inançlar

Davranışsal inançlar, bireyin gerçekleştireceği bir davranışın sonuçları hakkındaki inançlarıdır. Bireyin davranışsal inançları meydana gelecek davranışa karşı olumlu veya olumsuz tutum geliştirmesine neden olur (Muslu ve Başbakkal 2013; Ajzen 2015; Eyles 2016). Davranışsal inançlar, davranışa yönelik tutumu oluşturan bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Kocagöz 2010; Eyles 2016).

4.3.1.7. Normatif inançlar

Normatif inançlar, başka kişilerin o kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirmesini bekleyip beklemediği konusunda kişinin sahip olduğu inançları olarak açıklanmaktadır (Ajzen 1991; Kocagöz 2010; Eyles 2016). Bu inançlar, bireyin bir davranışı gerçekleştirdiğinde, başkalarının bunu nasıl değerlendireceğine dair sahip olduğu inançları ifade etmektedir (Ajzen 2015; Eyles 2016). Norm olarak isimlendirilen öğeler, arkadaşlar, eş, dost, akraba, ebeveynler, gibi bireyin çevresindeki grupları tanımlamaktadır. Bir öğrencinin “arkadaşlarım yeni bir cep telefonu almamı destekler” şeklindeki inancı, normatif inançtır (Eyles 2016).

4.3.1.8. Kontrol inançlar

Kontrol inançları bir davranışı gerçekleştirmek için gerekli olan faktörlerin, kaynakların ve fırsatların varlığı ve yokluğuyla ilgili olup, kişi tarafından algılanan davranışların zorluklarını ve kolaylıklarını göstermektedir (Erten 2002; Muslu ve Başbakkal 2013; Ajzen 2015; Eyles 2016). Kontrol inançları, söz konusu davranışla ilgili geçmiş deneyimler, davranışla ilgili dışarıdan alınan bilgiler, tanıdıkların ve arkadaşların deneyimleri ve söz konusu davranışla ilgili algılanan güçlüğü artıracak veya azaltacak diğer faktörlerle şekillenebilmektedir (Eyles 2016).

Bu teorinin varsayımları: bireysel, sosyodemografik ve çevresel özellikler inançları etkilemektedir. Davranışsal inançlar davranışa yönelik tutumu, normatif inançlar subjectif normu, kontrol inançlar algılanan davranışsal kontrolü (öz etkinlik) belirlemektedir. Tutum, subjectif norm ve algılanan davranışsal kontrol niyeti oluşturmaktadır. Niyet ise davranışın belirleyici kabul edilmektedir (Muslu ve Başbakkal 2013).

4.3.2. Planlı Davranış Teorisi Kullanılarak Sağlık Davranışları Üzerine Yapılmış Çalışmalar

Planlı Davranış Teorisi, davranışları açıklamada kullanılan sosyo-psikolojik modellerdendir (Ajzen ve Manstead 2007). Teorinin birçok sağlıkla ilgili davranışın anlaşılmasında yararlı olduğu bilinmektedir (Giles ve ark. 2004; Kaça ve ark. 2009; Muslu 2011; Yılmaz 2013).

Terry ve arkadaşları (1993) yaptıkları çalışmada öğrencilerin prezervatif kullanımıyla ilgili yaklaşımlarını belirlemek için bu teoriden faydalanmışlardır (Hogg ve Vaughan 2002). Giles ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada lisans öğrencilerinin kan bağışına yönelik tutumlarını test etmek için Planlı Davranış Teorisi'nden yararlanmışlardır. Çalışmada 100 lisans öğrencisine anket uygulanmış ve cevap verenlerin kan vermeye yönelik tutumlarının olumlu olduğu, %32'sinin kan vermek istedikleri ve bunun %12'sinin yüksek ihtimalle kan vermek istedikleri belirtilmiştir. Ayrıca %72'sinin daha önce hiç kan vermemişken, % 15'inin sık sık kan verdiği bildirilmiştir (yani yılda iki kez veya daha fazla).

Kaça ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada kişilerin organ bağışına yönelik tutumlarını Planlı Davranış Teorisi'ne göre incelemişlerdir. Araştırmada organ bağışına olumlu yaklaşan kişilerin olumsuz yaklaşanlara göre tutum, öznel norm, algılanan davranışsal kontrol ve niyetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Argan (2016) tarafından yapılan çalışmada kişilerin kan bağışlama davranışını etkileyen faktörler bu teori ile değerlendirilmiş ve niyetin kan bağışlama davranışı üzerine etkisi olduğu belirtilmiştir.

Muslu (2011) tarafından yapılan çalışmada Planlı Davranış Teorisi'ne göre annelerin emzirme davranışlarını ve emzirmeyi bırakma eğilimlerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmaya göre üniversite mezunu olan ve çekirdek aile tipine sahip olan annelerin emzirmeye yönelik olumlu tutumlarının olduğu, çocuk sayısı fazla olan annelerin emzirmeye yönelik olumsuz tutumlarının yüksek olduğu, multipar ve yaşı büyük olan annelerin emzirme kontrol algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yılmaz (2013) tarafından yapılan çalışmada bireylerin sağlık amaçlı bitkisel ürün kullanımı ve medyanın rolünü açıklamak için temel alınan Planlanmış Davranış Teorisi çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışmada kişiler için tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol ile beraber medyanın da belirli oranda etkili olduğu saptanmıştır.

İncedayı (2005) tarafından Planlı Davranış Teorisi'ne göre geliştirilen Fiziksel Aktivite Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlama çalışması yapılmıştır. Cooke ve arkadaşları (2016) yaptıkları sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında alkol tüketimini, Bebetos ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada öğrencilerin yeme, sigara içme ve egzersiz alışkanlıkları gibi öz bakım sağlık davranışlarına yönelik tutumları Planlı Davranış Teorisi'ne göre incelemişlerdir.

4.3.3. Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Planlı Davranış Teorisi'ne Göre İncelenmesi

Ajzen'e (1991) göre bir davranışı yapmaya ilişkin tutum ne kadar olumluysa, sosyal baskı ve davranışlar üzerinde algılanan kontrol ne kadar yüksekse, o davranışı yapma niyeti de o derece güçlü olacaktır. Akılcı ilaç kullanımına baktığımızda; kişi akılcı ilaç kullanımını iyi ve yararlı bir davranış olarak görüyorsa (olumlu tutum), sosyal çevresinden akılcı ilaç kullanımı konusunda destek hissediyorsa (güçlü subjektif norm), akılcı ilaç kullanma ile ilgili belirli bir engel algılamıyorsa veya engelleri kontrol edebileceğine inanıyorsa (yüksek algılanan davranışsal kontrol) akılcı ilaç kullanımı ile ilgili güçlü bir arzu (niyet) duyacaktır ve ilaçlarını akılcı kullanacaktır (Ajzen 1991).

Planlı Davranış Teorisi'nde üç çeşit inanç yer almaktadır. Davranışa yönelik tutumları etkileyen davranışsal inanç, öznel normların oluşmasını sağlayan normatif inanç ve algılanan davranışsal kontrolün temelini oluşturan kontrol inancı. Bu inançlar, kişilerin niyetlerinin ve davranışlarının belirleyicisi varsayılmaktadır (Ajzen 1991). Akılcı ilaç kullanmayı etkilediği saptanan faktörlerden; zarar görebilmesi, hastalığın ilerleme ihtimali, önemli olabilecek bir rahatsızlığın atlanabilmesi, hastalıklara karşı direnç gelişmesi gibi düşünceler kişilerin davranışsal inançlarını oluşturmaktadır. Kişinin ailesinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ne düşündüklerine ilişkin görüşleri normatif inançları; akılcı ilaç kullanmanın ne derece kolay veya zor olduğu ile ilgili görüşleri ise kontrol inançlarını göstermektedir.

Davranış: Hastanın ilacını akılcı olarak kullanması.

Niyet: Hastanın akılcı ilaç kullanımı konusunda güçlü bir istek duyması

Tutum: Hastanın akılcı ilaç kullanımının iyi/kötü ve yararlı/zararlı bir davranış olduğunu düşünmesi.

Subjektif norm: Hastanın ailesinin, hastanın akılcı ilaç kullanımını gerçekleştirmesini bekleyip beklemediği konusunda hastanın sahip olduğu inançları.

Algılanan davranışsal kontrol: Hastanın akılcı ilaç kullanmaya karşı herhangi bir engel algılamaması veya engelleri kontrol edebileceğine inanması.

Davranışsal inançlar: Hastanın ilacını akıllı kullanmadığında hastalığın ilerleme ihtimali, zarar görebilmesi, önemli olabilecek bir rahatsızlığın atlanabilmesi, hastalıklara karşı direnç gelişmesi gibi düşünceleri.

Subjektif inançlar: Hastanın ailesinin akılcı ilaç kullanımını ile ilgili ne düşündüklerine ilişkin görüşleri.

Kontrol inançları: Hastanın akılcı ilaç kullanmanın ne derece kolay ya da zor olduğuna ilişkin görüşleri.

3.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Okuryazarlık bireyin temel olarak okuma ve yazma becerisini ifade etmektedir (Uğurlu 2011). Sağlık okuryazarlığı ise okuma ve yazma becerisinin yanında; dinleme, konuşma ve kavramsal bilgiyi kapsamaktadır (Sezgin 2013).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, şimdiki anlamından farklı olarak, ilk kez 1974 yılında S.K. Simonds tarafından belirtilmiştir. Simonds'a göre okullarda çocukların yalnız tarih, fizik gibi alanlarda okuryazar olmamaları, güvenlik, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen gibi farklı sağlık konularında da okuryazar olmaları gerektiği ifade edilmektedir (King ve ark. 2011; Şimşek 2013; Stars 2018). Sağlık okuryazarlığı terimi 1990'lı yıllara kadar çok fazla kullanılmamış olup, bu dönemde; yalnızca kişinin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve tıbbi talimatlara uyabilmesi olarak görülmüştür (Sezer ve Kadioğlu 2014).

Sağlık okuryazarlığı; DSÖ tarafından; “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel becerileri” olarak tanımlamaktadır (WHO 1998). Amerikan Tıp Derneği (1999) tarafından “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” şeklinde ifade edilmektedir (Şimşek 2013; Yılmaz ve Tiraki 2016). Sağlık okuryazarlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (2011)'nde “bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” olarak belirtilmektedir (Sezgin 2013;

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığın%20Teşviki%20Sözlük.pdf>,
Erişim tarihi:02.10.2017).

Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık hizmetine erişme becerisini ve sağlık profesyonellerinin verdiği talimatları doğru anlayabilmesini içerir (Westra ve ark. 2014). Sağlık okuryazarlığı iyi olan birey ilaç prospektüslerini, onam formlarını ve tıbbi eğitim broşürlerini okuyabilmeli, analiz edebilmeli ve karar verebilmelidir. Sağlık okuryazarlık seviyesi artan bireyler rahatsızlıklarını doğru olarak söyleyebilir, sağlık profesyonelleriyle iyi diyalogta bulunabilir, tıbbi öneri ve tedavilerini anlayıp uygulayabilirler (Andrus ve Roth 2002; Sezgin 2013; Ilgaz ve Gözüm 2016).

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgilerin doğru anlaşılması ve hayata geçirilmesi, hastalıklardan korunma ve tedavi açısından oldukça önemlidir (Bilir 2014). Amerika’da yetişkinlerin neredeyse yarısı temel sağlık bilgisini anlama ile uygulamaya koymada zorlanmaktadır (Nielsen-Bohlman ve ark. 2004). Sağlık okuryazarlığı Yetişkin Okur Yazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (NAAL) sırasında Amerika Birleşik Devletleri’nde ilk olarak 2003 yılında değerlendirilmiştir. Yetişkinlerin sayısal okuryazarlık puanlarının sekiz puan artmasına rağmen ortalama nesir okuryazarlığı ve belge okuryazarlığı arasında önemli bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. NAAL, Amerikalı yetişkinlerin %22’sinin sadece “temel” sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğunu %14’ünün, “temelin altında” sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğunu ve ortaya koymuştur. “Temel altında” ve “temel” sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin yüzdeleri yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir (King ve ark. 2011). Sağlık okuryazarlığı konusunda en çok araştırmanın yapıldığı Amerika Birleşik Devletleri’nde, Parker ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir araştırma sonucuna göre yetişkinlerin, sadece %12’sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bildirilmektedir.

Türkiye’de 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak yetişkin bireyler ile gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı araştırmasında; Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30,4 olarak belirtilmektedir. Araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40,1, yeterli sağlık okuryazarlığı % 27,8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı % 7,6’dır (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014). Ayrıca yaşın artmasıyla ve eğitim düzeyinin azalmasıyla sağlık okuryazarlığı bağlantılı olarak düşmektedir. Avrupa toplumlarında yapılan araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlığı %12,4, sorunlu sağlık okuryazarlığı %35,2, yeterli sağlık okuryazarlığı %36 ve mükemmel

sağlık okuryazarlığı %16,5 olarak ifade edilmektedir (HLS-EU 2012; Sorenson ve ark. 2015). Türkiye’de, Özdemir ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir araştırmada ise bir aile sağlığı merkezine başvuran 456 hastanın %58,7’sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bildirilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017’de sağlık okuryazarlığı konusuna yer verildiği görülmektedir. Stratejik amaçların içerisinde “Kişilerin kendi sağlığıyla ilgili sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek” maddesi bulunmaktadır. Stratejik planda halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak için sörveyans sistemi kurulması, eğitim-altyapı-teknoloji kapasitesinin artırılması, sektörler arası işbirliği, sağlık okuryazarlığı konularının eğitim müfredatı içinde yer alması, sağlık okuryazarlığı eğitimcileri için kapasite geliştirilmesi ve Yüksek Öğretim Kurulu ile işbirliği konularına değinilmiştir. Ayrıca Stratejik Plan’da, Türkiye’nin sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından 2011 yılı mevcut durum analizi belli olmamakla birlikte, Türkiye’nin sağlık okuryazarlığı düzeyinin 2017’de %50’ye, 2023’de %100’e ulaştırılması hedefleri içerisinde konulmuştur (<http://sgb.saglik.gov.tr/content/f0iles/stratejikplan20132017/index.html>, Erişim: 27 Şubat 2018).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireyler; hasta olmadan önce de sağlık hizmetlerinden (koruyucu hizmetler) faydalanma bilincine sahiptirler; sağlığın korunmasının sadece sağlık profesyonellerinin işi olmadığını bilirler. Kendi sağlığı ve toplum sağlığı için kendisinin de yapması gereken şeyler olduğu sorumluluğundadırlar. Sağlık personeli tarafından verilen bilgileri, online bilgileri ve tıbbi eğitim broşürlerini anlarlar. Rahatsızlıklarını uygun şekilde belirtebilirler, tedaviye kolay uyum gösterirler, tedavi konusunda kararlara katılırlar, hastanedeki kalış süreleri kısadır (Tözün ve Sözman 2014).

4.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı bireylerin kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerini gösterdikleri davranış özelliklerine göre farklı düzeyleri aracılığıyla ilerler (Nutbeam 2000; Aslantekin 2011; Yılmazel 2014). Nutbeam (2000)’a göre, sağlık okuryazarlığı üç düzeyde ele alınmaktadır:

İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı: Basit okuma yazma becerileridir. Bu düzeydeki bireyler sağlık risklerini bilme, sağlık sistemini nasıl kullanacağını veya temel sağlık eğitim materyallerini (reçeteleri, prospektüsleri ve sağlık eğitim

broşürleri) okuyup anlayabilmektedir (Nutbeam 2000; Ishikawa and Kiuchi 2010; Uğurlu 2011; Tözün ve Sözmen 2014; Yılmazel 2014; Yıldırım ve Keser 2015; Çiftçi 2017).

Etkileşimli (İnteraktif) sağlık okuryazarlığı: Bu düzey bireyin okuryazarlık, sosyal ve gelişmiş bilişsel yeteneklerini içermektedir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı, sağlık aktivitelerine katılma, sağlıkla ilgili mesajları anlama ve sağlık koşulları değiştiğinde mevcut bilgileri kullanabilmeyi gerektirmektedir (Nutbeam 2000; Ishikawa and Kiuchi 2010; Uğurlu 2011; Tözün ve Sözmen 2014; Yılmazel 2014; Yıldırım ve Kevser 2015; Çiftçi 2017).

Eleştirel (Kritik) sağlık okuryazarlığı: Bu düzeyde sağlıkla ilgili bilginin eleştirel analizinde daha yüksek düzeyde bilişsel ve sosyal becerilerinin olması gerekmektedir. Birey bu beceriler ile sağlık bilgilerini analiz edebilmekte, kendisinin ve toplumun kapasitesini artırabilmekte, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik durumlarına göre hareket edebilmekte, kavrayabilmekte ve yorumlayabilmektedir (Nutbeam 2000; Ishikawa and Kiuchi 2010; Uğurlu 2011; Tözün ve Sözmen 2014; Yılmazel 2014; Çiftçi 2017).

4.4.2.Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgileri okuma, anlama ve kararlar verme yeteneklerinin azlığı olarak açıklanmaktadır (Yılmazel 2014).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişiler; kendi durumlarını sağlık personeline anlatma konusunda zorluk yaşamakta, korku, güvensizlik, utanma, çekingenlik ve öz saygı eksikliği gibi duygular yaşamaktadır (Sezgin 2013). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler, sağlık sistemine erişirken ve kullanırken birçok engelle karşılaşabilmektedir. Örneğin sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların kontrole ne zaman geleceklerini bilmedikleri, ilaçlarını doğru zamanlarda ve miktarlarda kullanamadıkları tespit edilmektedir (Safeer ve Keenan 2005). Başta kronik hastalıklar olmak üzere birçok hastalığın görüldüğü 60 yaş üzeri kişilerin sınırlı sağlık okuryazarlığının %80 olduğu, sağlık personeli tarafından sorulan soruların cevaplanmasında zorluk yaşadıkları ve sağlık personeline rahatsızlıkları ile ilgili sorular sormadıkları belirtilmektedir (Safeer ve Keenan 2005).

Sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltmek amacıyla tercih edilen başlıca bilgiye ulaşım yolları sağlık profesyoneli, tıp literatürü, sağlık kitapları ve dergileri, internet ve kitle iletişim araçları (televizyon gibi)'dir (Tözün ve Sözmen 2014).

4.4.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Amerika’da yapılan araştırmalar düşük sağlık okuryazarlığı ile ilaç kullanımına uyumun azlığı, hastalıklar üzerine bilgi düzeyinin düşükklüğü ve öz-bakım becerilerinin düşükklüğü arasında ilişki olduğunu göstermiştir (Parker 2000).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlığı üzerinde etkisini gösteren hususlar şu başlıklar altında toplanabilir:

Yetersiz sağlık okuryazarlığı;

- Sağlıkla ilgili koruyucu hizmetlerin yetersiz kullanımına,
- Erken dönemde sağlık bakımına başvurmama,
- Kişinin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,
- Tıbbi önerilere uyumda azlık,
- Öz bakım yetersizliği, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve kullanmada yetersizlik,
- Hastaneye yatma olasılıklarında artışa, hastanedeki yatışların uzamasına, lüzumsuz tahlil yaptırma oranlarının fazla olmasına, böylece tüm bu durumların sağlık bakım maliyetlerine ek yük getirmesine,
- Kronik hastalıkların insidansı ve mortalitede artışlara neden olmaktadır (Parker 2008; Özcan ve Altunpolat 2013; Tözün ve Sözmen 2014; Yılmazel 2014; Coşkun ve Bebiş 2015; Yıldırım ve Keser 2015; Çopurlar ve Kartal 2016).

Hastalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyini düşündüren davranışlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Yanında okuma bilen birisini getirilmesi,
- Randevuların unutulması,
- Çeşitli bahaneler öne sürme,
- İlacı uygun kullanmama,
- Tedaviye uyumsuzluk,
- Karar vermeyi geciktirme,
- Benzer kişileri taklit etmedir (Safeer ve Keenan 2005; Uğurlu 2011; Yılmazel 2014; Tözün ve Sözmen 2014).
- Yukarıda sıralanan davranışlar hastaların sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi açısından yol gösterici olabilmektedir (Uğurlu 2011; Yılmazel 2014).

4.4.4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde bireyin eğitim düzeyinin sorularak karar verilmesi yanlış olarak görülmektedir. Birçok yüksekokul mezunu, ileri yaş, ilerleyen süreçlerde duyuşsal ve bilişsel fonksiyonlardaki gerileme sonucu okuma yazma kabiliyetlerinde yetersizlik yaşayabilmektedirler. Bazen de, bireyin okuma becerisini kendi değerlendirmesine bırakmak yanlış olabilmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler genellikle okumasını “iyi” olarak değerlendirmektedir (Safeer ve Keenan 2005; Uğurlu 2011; Yılmazel 2014). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalar çoğunlukla sağlık personelinden bilgilerin tekrarlanmasını isteyememekte veya soru soramamaktadırlar (Safeer ve Keenan 2005; Uğurlu 2011).

Sağlık çalışanı tarafından tedavi sürecinin etkili iletişim yolları ile hastaya aktarılması önemlidir. Sağlık çalışanlarının rutin olarak kullandığı, kan basıncı, tümör, polip, lezyon gibi kavramlar sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu hastalar başta olmak üzere birçok hasta için karmaşık ve anlaşılmaz olabilmektedir (Davis ve ark. 2002). Bu nedenle hastalarla iletişimde tıbbi terminoloji kullanılmasından kaçınılmalıdır, Söz konusu tanımların kullanılması gerekiyorsa sağlık profesyoneli tarafından bu kavramlar açıklanarak hastanın anladığından emin olmalıdır (Özcan ve Altunpolat 2013). Ayrıca sağlık eğitim materyallerinin sıklıkla sağlık okuryazarlığı yetersiz hastalar için anlaşılması zor kelimelerle yazıldığı belirtilmektedir. Bu nedenle eğitim broşürlerinin kısa, basit, anlaşılır ve resimlerin bulunması tavsiye edilmektedir (Uğurlu 2011; Yılmazel 2014).

Sağlık bilgisini okuma, çizelgeleri yorumlama, araştırma çalışmalarına katılma yönünde kararlar alma ile bireysel ve ailesel sağlık bakımında tıbbi araçları kullanma (örneğin; termometredeki yükselişini okuyabilme, ilaçların zamanını ve dozunu ayarlayabilme, sağlık ve çevre konularında karar verme) sağlık okuryazarlığı becerilerinden sayılmaktadır (Yılmazel 2014).

Sağlık okuryazarlığını ölçmenin en ideal şekli konusunda net bir fikir bulunmamaktadır. Bir kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek zordur. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin kişinin eğitim seviyesi ile doğrudan bir ilişkisi bulunmamaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan kişilerin utanma, çekinme, sessiz kalma gibi davranışlar göstermesi sonucu sağlık okuryazarlık düzeyleri belirlenememektedir (Sezgin 2013). Soyut bir kavram olarak görülen sağlık okuryazarlığını ölçmek için “altın bir standart” yoktur. Sağlık okuryazarlığı seviyelerinin değerlendirilmesi hasta bilgisi üzerine odaklanmaktadır. Kompleks ve çok yönlü bir yapıda olan sağlık

okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla araştırmacılar çeşitli araçlar geliştirmişlerdir (Yılmazel 2014). Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan bazı ölçekler aşağıda sıralanmaktadır (Çiftçi 2017).

- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults- S-TOFHLA)
- En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign-NVS)
- Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (Single Item Literacy Screen)
- Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği (Brief Estimate of Health Knowledge and Action.)
- Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale)
- Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (Health Literacy Screening Question Methodologies- HLSQMs)
- e- Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHealth Literacy Scale-eHEALS)
- İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirilmesi(SAHLSA50 Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults) 24
- Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi (Literacy Assessment for Diabetes-LAD)
- Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (Nutritional Literacy Scale-NLS)
- Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-REALD)
- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale-HALS)
- Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı (Health Literacy Skills Instrument)
- İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (Functional Communicative and Critical Health Literacy- FCCHL)
- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q) (Çiftçi 2017).
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) (Okuy ve Abacıgil 2016)

- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) (Abacıgil ve ark. 2016).
- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-YSOÖ, (Sezer ve Kadioğlu 2014). Bu çalışmada YSOÖ kullanılmıştır.

4.4.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Hipertansiyon Kontrolü

Sağlık okuryazarlığı kavramı, kronik hastalıklarda tedaviye uyum, acil hizmetlerin kullanımı ve hastaneye yatışlarla yakından ilişkilidir (Öncü ve ark. 2018). Sağlık okuryazarlığı düzeyleri bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda önemli bir uygulama alanına sahip olup (Bilir 2014; Yılmazel ve Çetinkaya 2017), kronik hastalıklara karşı değiştirilebilir faktörlere (sigara, alkol, hareketsiz yaşam gibi) yönelik danışmanlık hizmeti yapılmalıdır. Yapılan danışmanlıklar bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre farklı şekillerde etki oluşturmaktadır (Bilir 2014).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler kendilerine aktarılan yazılı veya sözlü bilgi, öneri ve yönlendirmeleri doğru bir biçimde değerlendirememektedir. Yetersiz sağlık bilgisi diyabet ve hipertansiyon başta olmak üzere birçok kronik hastalığın tedavisini olumsuz etkilemektedir (Özcan ve Altunpolat 2013). Hemşireler bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre eğitim ve bilgilendirme yaparak sağlığı koruma ve geliştirmenin benimsenmesine, tedaviye uyumun sağlanmasına ve kronik hastalık yönetimine yarar sağlayabilecekler (Yılmaz ve Tiraki 2016).

Yüksek kan basıncının kontrol altına alınması ile sağlık okuryazarlığı ilişkilidir (McNaughton ve ark. 2014; Yılmazel 2014; Darvishpour ve ark. 2016; Yılmazel ve Çetinkaya 2017). Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların kan basıncının yüksek olduğu (McNaughton ve ark. 2014), sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeyde olan bireylerin tıbbi tedaviye bağlı kalma, düzenli aralıklarla tıbbi kontrolden geçme, diyet ve yaşam biçimini değiştirme gibi görevleri yerine getirmenin zor olabileceği gösterilmiştir (Powers ve ark. 2008). Sınırlı sağlık okuryazarlığı sadece hipertansif bireyleri etkilemekle kalmaz. Aynı zamanda sağlıklı bireylerde artmış hipertansiyon riski, daha düşük düzeyde fiziksel aktivite ve kötü sağlık algısı ile ilişkilidir (Yılmazel 2014). Bu nedenle tüm bireylerin hipertansiyon tanımını, semptomlarını ve tedavi edilmediği takdirde ortaya çıkabilecek komplikasyonlarını temel düzeyde anlaması gereklidir. Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında sağlık okuryazarlığının katkısı aşağıda başlıklar halinde belirtilmiştir (Schapira ve ark. 2012). Bunlar;

- Genel hipertansiyon bilgisine sahip olma ve kan basıncı ölçümlerinin anlamını bilme,
- Hastalığın belirtilerini, risk faktörlerini ve komplikasyonlarını bilme,
- Yaşam biçimi değişikliklerinin farkında olma,
- Tedavinin amacını anlama ve hastalık sürecini etkili bir şekilde yönetebilmedir.



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma hipertansiyon tedavisi alan hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımına ve sağlık okuryazarlığına etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma; Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde 1 Ocak 2018-1 Ocak 2019 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; 1 Ocak 2018 - 1 Ocak 2019 tarihleri arasında Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen, hipertansiyon tedavisi alan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; çalışma tarihleri arasında Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve örneklem seçim kriterlerini karşılayan hipertansiyonlu hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğü power analizi ile belirlenerek eşit sayıda hipertansiyonlu hastalar girişim grubu ve kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma için gerekli olan örneklem hesaplaması (örnek makale: Erciyes ve Pakyüz 2014), GPOWER programında, 0,05 anlamlılık düzeyi, orta etki büyüklüğü ve %80 güç baz alınarak belirlendiğinde örnekleme; girişim grubu için 50 ve kontrol grubu için 50 olmak üzere toplam 100 hipertansiyonlu hasta alındı. Örneklem grubunu belirlemek için blok randomizasyon seçim yöntemi kullanıldı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Hipertansiyon (evre 1, 2, 3) tanısı almış olma,
- 18 - 65 yaş arası olma,
- Türkçe okuryazar olma,

- İletişim sorunu olmama,
- Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmama,
- Soruları eksiksiz yanıtlama,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- Demirci’de yaşıyor olmadır.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Kanser tanısı alma,
- Fiziksel engeli olma,
- Formları tam olarak cevaplamamadır.

5.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Araştırma hipotezleri;

H₀: Hemşire tarafından verilen ilaç kullanımı ile ilgili eğitim hipertansiyon tedavisi alan hastalarda akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmede etkisizdir.

H₀: Hemşire tarafından verilen ilaç kullanımı ile ilgili eğitim hipertansiyon tedavisi alan hastalarda sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkisizdir.

H₁: Hemşire tarafından verilen ilaç kullanımı ile ilgili eğitim hipertansiyon tedavisi alan hastalarda akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmede etkilidir.

H₁: Hemşire tarafından verilen ilaç kullanımı ile ilgili eğitim hipertansiyon tedavisi alan hastalarda sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkilidir.

5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı (sonuç) değişkeni: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalaması, Yetişkin Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puan ortalaması.

Bağımsız (etkileyen) değişken: Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği vb.), klinik özellikleri ve girişim grubu için hemşire tarafından verilen eğitim.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile toplandı.

5.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek 5):

İlgili literatür incelenerek (WHO 1985; WHO 2002; Maxwell 2009; Yapıcı ve ark. 2011; Aksoy 2015; “Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni”, <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/09/aik-bltn-12-i.pdf> Erişim Tarihi:08.07.2017) araştırmacı tarafından hazırlan hasta tanıtım formunda, ilk 12 soru hastaların sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıkları (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sigara ve alkol alışkanlığı gibi), diğer sorular hipertansiyon ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili özellikleri olmak üzere toplam 32 soru bulunmaktadır.

5.6.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (Ek 6):

Sağlık Bakanlığı tarafından hastalara yönelik oluşturulan akılcı ilaç kullanım anketi; araştırmacı tarafından revize edilerek ölçek haline dönüştürüldü ve bu çalışma için kullanıldı.

Ölçüm aracı geliştirmek için yapılan bu metodolojik araştırmanın evrenini; 1 Ocak 2018 - 1 Ocak 2019 tarihleri arasında Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen tüm hastalar oluşturdu.

Metodolojik araştırmanın örneklemini; çalışma tarihleri arasında Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve örneklem dahil olma kriterlerini karşılayan 550 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün oluşturulmasında ölçekteki madde sayısının 10 katı olması dikkate alındı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 - 65 yaş arası,
- Herhangi bir kronik hastalık için oral ilaç kullanma,
- Türkçe okuryazar olma,
- İletişim sorunu olmama,
- Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmama,
- Soruları eksiksiz yanıtlama,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- Demirci'de yaşıyor olmadır

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Kanser tanısı alma,
- Fiziksel engeli olma,
- Formları tam olarak cevaplamamadır.

Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği Geliştirme Aşamaları

Hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi için Planlı Davranış Teorisi'ne dayalı olarak geliştirilmeye çalışılan ölçekte Likert tipi tutum ölçeği geliştirilmesine yönelik basamaklar (Tezbaşaran 2008; Çam ve Baysan 2010) izlendi. Bu ölçeğin hazırlanmasında izlenen basamaklar şu şekilde sıralanabilir:

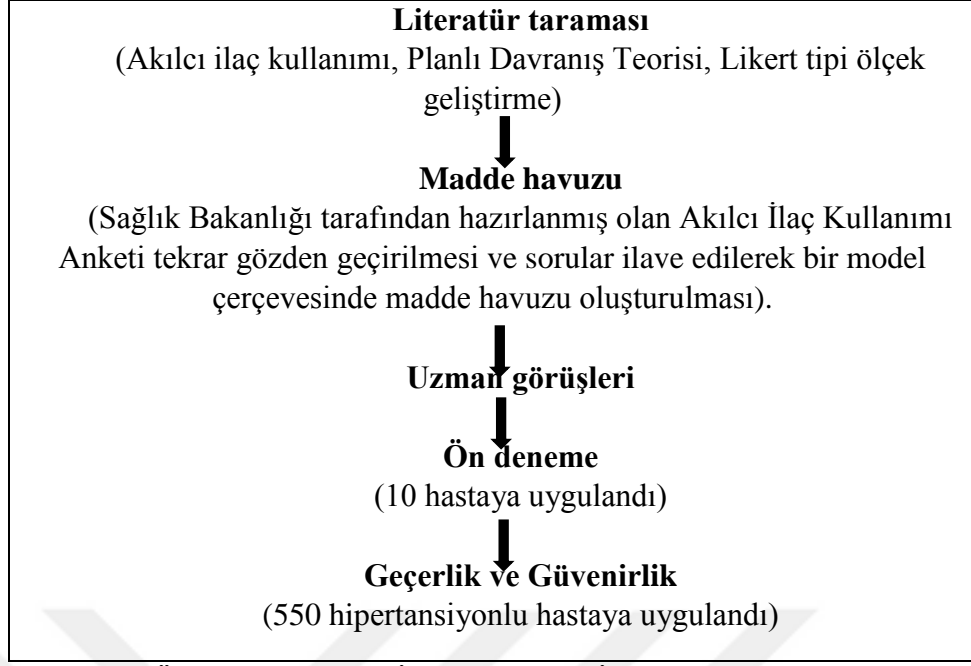
1. Madde Havuzu Oluşturma Aşaması: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ni geliştirmek için öncelikle akılcı ilaç kullanımı (WHO 1985; WHO 2002; Maxwell 2009; Yapıcı ve ark. 2011; Aksoy 2015; “Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni”, <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/09/aik-bltm-12-i.pdf> Erişim Tarihi:08.07.2017), Planlı Davranış Teorisi (Ajzen 1991; Muslu ve Başbakkal 2013; Bulduk ve ark. 2015) ve likert tipi ölçek geliştirmeye yönelik literatür (Tezbaşaran 2008; Çam ve Baysan 2010; Karakoç ve Dönmez 2014) incelendi. Sağlık Bakanlığı tarafından hastalar için hazırlanmış olan Akılcı İlaç Kullanımı Anketi araştırmacılar tarafından tekrar gözden geçirilerek ve yeni sorular ilave edilerek bir model çerçevesinde madde havuzu (55 maddeli) oluşturuldu.

2. Uzman Görüşüne Başvurma Aşaması: Araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilerek ve yeni sorular ilave edilerek Planlı Davranış Teorisi çerçevesinde hazırlanan maddeler toplam 11 uzmanın görüşlerine sunuldu (Ek 3). Uzman görüşlerini elde etmek için “Uzman Değerlendirme Formu” kullanıldı (Ek 4).

Ölçeğin dil geçerliği için Türkçe dil uzmanı görüşüne başvurularak önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı.

Uzman görüşleri alınarak Planlı Davranış Teorisi alt boyutlarına dayanan ölçek maddeleri (Ek 2) düzenlendi.

Ölçek geliştirmek için kullanılan iş akış şeması aşağıda gösterildi.



Şekil 5.1 Ölçek Geliştirmek İçin Kullanılan İş Akış Şeması

Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları belirlemek amacıyla yaklaşık sayıda olumlu ve olumsuz maddeler içeren 8 alt başlık altında toplam 55 sorudan oluşan 3'lü Likert tipi ölçek geliştirildi. Bu alt başlıklar;

Akılcı İlaç Kullanımının sonuçları ile ilgili inançlar: Bu alt başlığı temsil eden sorular; Davranışsal inançlar alt başlığında yer alan sorular; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 9. sorulardır.

Tutum: Hastanın akılcı ilaç kullanımına yönelik sahip olduğu olumlu ya da olumsuz düşünceleri (önemli, gerekli, yararlı, pratik, sinir bozucu, güven verici vb.) değerlendirildi. Tutum alt başlığında yer alan sorular; 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. sorulardır.

Normatif İnançlar: Hastanın ailesinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ne düşündüklerine ilişkin görüşlerini kapsar. Bu alt başlıkta yer alan sorular; 29 ve 30. sorulardır.

Subjektif (Öznel) Norm: Hastanın ailesinin/ yakınlarının, hastanın akılcı ilaç kullanımını gerçekleştirmesini bekleyip beklemediği konusunda hastanın sahip olduğu değerlendirmesidir. Bu alt başlıkta yer alan sorular; 31, 32 ve 33. sorulardır.

Kontrol inançları: Hastanın akılcı ilaç kullanmanın ne denli kolay veya zor olduğuna ilişkin görüşlerini kapsar. Bu alt başlıkta yer alan sorular; 34, 35 ve 36. sorulardır.

Algılanan Davranışsal Kontrol: Hastanın akılcı ilaç kullanmaya yönelik herhangi bir engel algılamaması ya da engelleri kontrol edebileceğine inanmasıdır. Hastaların akılcı ilaç kullanımı önerilerini uygulayabilmesine dair inancını ölçmektedir. Bu alt başlıkta yer alan sorular; 37, 38, 39, 40 ve 41. sorulardır.

Niyet: Davranış gerçekleşmeden hemen önce hastanın akılcı ilaç kullanımı konusunda güçlü bir istek duymasıdır. Niyet hastanın tutumunun, sosyal baskının ve algılamasının davranışa yönelik sonucudur. Hastaların akılcı ilaç kullanımı konusunda niyetleri değerlendirildi. Bu alt başlıkta yer alan sorular; 42, 43, 44, 45 ve 46. sorulardır.

Bilgi: Hastaların akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgisinin olup olmadığı ölçülmek istenmiştir. Bu alt başlığı temsil eden sorular; 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 ve 55 sorulardır.

3. *Ön Deneme Aşaması:* 10 hastaya ön deneme yapılarak soruların anlaşılması, güçlük durumu, doldurulma süresi ve özellikleri değerlendirildi. Uygulama sonrasında soru formlarında herhangi bir değişiklik yapılmadı.

4. *Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Aşaması:* Ölçeğin geçerliğinin sınanması için kapsam (uzman görüşleri) ve yapı geçerliğinin (faktör analizi) belirlenmesi, güvenilirliğinin sınanması için iç tutarlılık analizi (Cronbach alfa katsayısı), madde toplam puan korelasyonları hesaplanması, yarıya bölme tekniği veya eşdeğer formlar yöntemi kullanıldı.

Ölçekteki her bir madde 0'den 2'e kadar puanlanmaktadır ve puanlar cevaplara göre değişmektedir.

Maddelerin Puanlaması:

Olumlu maddeler için puanlama; her zaman "2", bazen "1" ve hiçbir zaman "0" şeklindedir.

Olumsuz maddeler için puanlama; her zaman "0", bazen "1" ve hiçbir zaman "2" şeklindedir.

Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan belirlendi. Puanın yüksek olması akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların iyi olduğunu göstermektedir.

5.6.2.1. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri; bilgisayar ortamında Statiscial Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 22 ve LISREL İstatistik programında yapıldı.

Geçerlik analizleri için; kapsam/içerik geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt/kriter geçerliği kullanıldı.

Kapsam/içerik geçerliği için; uzman görüşlerine başvuruldu ve Davis Tekniği kullanılarak Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplandı.

Yapı geçerliği için; açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı.

Ölçüt/kriter geçerliği; eş değerlik analizi (Morisky 8-maddeli tedavi uyum ölçeği) ile yapıldı.

Güvenirlilik analizleri için; iç tutarlık analizi ve madde analizi kullanıldı.

İç tutarlık analizi; Cronbach alfa (α) katsayısı, Spearman Brown ve Guttman güvenirlik hesaplaması ile yapıldı.

Madde Analizi: Madde toplam puan korelasyonları, madde kalan puan korelasyonları ve madde ayırteedicilik hesaplaması ile yapıldı.

Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

Geçerlik bir ölçeğin ölçülmek istenen özelliğe uygun olması yani elde edilen verilerin ölçülmek istenen özelliği doğru bir şekilde gösterip göstermediği şeklinde açıklanmaktadır (Büyüköztürk 2008). Çalışmada ölçeğin geçerliği kapsam/ içerik geçerliği, yapı geçerliği ve benzer ölçek geçerliği kullanılarak değerlendirildi.

Kapsam (İçerik) geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ulaşmak istenen amacı ne kadar karşıladığıdır (Ercan ve Kan 2004). Kapsam geçerliğini belirlemede uzman görüşünün alınması başvuru yollarından biridir (Büyüköztürk 2008). Kapsam geçerliği için Davis Tekniği kullanıldı ve KGİ hesaplandı. Davis (1992) Tekniği uzman görüşlerini dört şekilde derecelendirmektedir; (a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil şeklinde. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünür ve maddeye ilişkin KGİ elde edilir. KGİ= 0,80 ve üzeri kabul edilmektedir (Yurdugül 2005).

Ölçeğin, kapsam geçerliği için, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından 6, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından 1, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalından 1, Ebelik Anabilim Dalından 1, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalından 1, Sosyal Hizmet Anabilim Dalından 1 öğretim üyesi olmak üzere toplam 11 uzmanın görüşü (Ek 7) alındı. Hazırlanan “Uzman Değerlendirme Formu” (Ek 8),

görüşte bulunmayı kabul eden uzmanlara e-mail ile ulaştırıldı. Bu form aracılığıyla, uzmanlardan her bir madde ile ilgili görüşlerini; “madde uygun”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” şeklinde cevaplandırması istendi ve maddeler hakkında gerektiğinde açıklama yapmaları için her bir maddenin karşısına “önerileriniz bölümü” açıldı. Uzmanlardan elde edilen cevapların değerlendirmesinde her bir madde için Davis tekniği ile KGİ hesaplandı ve Tablo 5.1a, Tablo 5.1b ve Tablo 5.1c’de verilen KGİ’leri kullanıldı.



Tablo 5.1a. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin İlişki Açısından Kapsam Geçerlik İndeksi

İlişki							
Madde No	a+b Seçeneklerini İşaretleyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGİ	Madde No	a+b Seçeneklerini İşaretleyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGİ
M.1	11	11	1,00	M.29	11	11	1,00
M.2	11	11	1,00	M.30	11	11	1,00
M.3	10	11	0,90	M.31	11	11	1,00
M.4	10	11	0,90	M.32	11	11	1,00
M.5	11	11	1,00	M.33	11	11	1,00
M.6	11	11	1,00	M.34	11	11	1,00
M.7	10	11	0,90	M.35	11	11	1,00
M.8	11	11	1,00	M.36	11	11	1,00
M.9	11	11	1,00	M.37	11	11	1,00
M.10	11	11	1,00	M.38	11	11	1,00
M.11	11	11	1,00	M.39	11	11	1,00
M.12	11	11	1,00	M.40	11	11	1,00
M.13	11	11	1,00	M.41	11	11	1,00
M.14	11	11	1,00	M.42	11	11	1,00
M.15	10	11	0,90	M.43	11	11	1,00
M.16	11	11	1,00	M.44	10	11	0,90
M.17	11	11	1,00	M.45	11	11	1,00
M.18	11	11	1,00	M.46	11	11	1,00
M.19	11	11	1,00	M.47	11	11	1,00
M.20	11	11	1,00	M.48	11	11	1,00
M.21	11	11	1,00	M.49	11	11	1,00
M.22	10	11	0,90	M.50	11	11	1,00
M.23	11	11	1,00	M.51	11	11	1,00
M.24	10	11	0,90	M.52	11	11	1,00
M.25	11	11	1,00	M.53	11	11	1,00
M.26	11	11	1,00	M.54	11	11	1,00
M.27	11	11	1,00	M.55	11	11	1,00
M.28	11	11	1,00				
Ölçek Toplam KGİ:		0,98					

KGİ: Kapsam Geçerliği İndeksi

Tablo 5.1a.'da kapsam geçerliği için ölçek maddelerini uzmanlar ilişki açısından değerlendirdi ve maddelerin toplam KGİ 0,98 bulundu. Maddelerin KGİ değerleri 0,81-1,00 arasında değişmektedir.

Tablo 5.1b. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Basitlik Açısından Kapsam Geçerlik İndeksi

Basitlik							
Madde No	a+b Seçeneklerini İşaretleyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGİ	Madde No	a+b Seçeneklerini İşaretleyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGİ
M.1	11	11	1,00	M.29	11	11	1,00
M.2	11	11	1,00	M.30	11	11	1,00
M.3	10	11	0,90	M.31	11	11	1,00
M.4	10	11	0,90	M.32	11	11	1,00
M.5	11	11	1,00	M.33	11	11	1,00
M.6	10	11	0,90	M.34	11	11	1,00
M.7	9	11	0,81	M.35	11	11	1,00
M.8	11	11	1,00	M.36	11	11	1,00
M.9	10	11	0,90	M.37	11	11	1,00
M.10	11	11	1,00	M.38	10	11	0,90
M.11	11	11	1,00	M.39	10	11	0,90
M.12	11	11	1,00	M.40	10	11	0,90
M.13	11	11	1,00	M.41	11	11	1,00
M.14	11	11	1,00	M.42	11	11	0,90
M.15	10	11	0,90	M.43	11	11	1,00
M.16	11	11	1,00	M.44	10	11	1,00
M.17	11	11	1,00	M.45	11	11	1,00
M.18	11	11	1,00	M.46	11	11	1,00
M.19	11	11	1,00	M.47	11	11	1,00
M.20	11	11	1,00	M.48	11	11	1,00
M.21	11	11	1,00	M.49	11	11	1,00
M.22	9	11	0,81	M.50	11	11	1,00
M.23	11	11	1,00	M.51	11	11	1,00
M.24	10	11	0,90	M.52	11	11	1,00
M.25	11	11	1,00	M.53	11	11	1,00
M.26	11	11	1,00	M.54	11	11	1,00
M.27	11	11	1,00	M.55	11	11	1,00
M.28	11	11	1,00				
Ölçek Toplam KGİ:		0,97					

KGİ: Kapsam Geçerliği İndeksi

Tablo 5.1b.'de kapsam geçerliği için ölçek maddelerini uzmanlar basitlik açısından değerlendirdi ve maddelerin toplam KGİ 0,97 bulundu. Maddelerin KGİ değerleri 0,81-1,00 arasında değişmektedir.

Tablo 5.1c. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Anlaşılrlık Açısından Kapsam Geçerlik İndeksi

Anlaşılrlık							
Madde No	a+b Seçeneklerini İşaretleyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGİ	Madde No	a+b Seçeneklerini İşaretleyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGİ
M.1	11	11	1,00	M.29	11	11	1,00
M.2	11	11	1,00	M.30	11	11	1,00
M.3	10	11	0,90	M.31	11	11	1,00
M.4	10	11	0,90	M.32	11	11	1,00
M.5	11	11	1,00	M.33	11	11	1,00
M.6	10	11	0,90	M.34	11	11	1,00
M.7	9	11	0,81	M.35	11	11	1,00
M.8	10	11	0,90	M.36	11	11	1,00
M.9	10	11	0,90	M.37	11	11	1,00
M.10	11	11	1,00	M.38	10	11	0,90
M.11	11	11	1,00	M.39	10	11	0,90
M.12	11	11	1,00	M.40	10	11	0,90
M.13	11	11	1,00	M.41	11	11	1,00
M.14	11	11	1,00	M.42	11	11	1,00
M.15	10	11	0,90	M.43	11	11	1,00
M.16	11	11	1,00	M.44	10	11	0,90
M.17	11	11	1,00	M.45	11	11	1,00
M.18	11	11	1,00	M.46	11	11	1,00
M.19	10	11	0,90	M.47	11	11	1,00
M.20	11	11	1,00	M.48	11	11	1,00
M.21	11	11	1,00	M.49	11	11	1,00
M.22	7	11	0,63	M.50	11	11	1,00
M.23	11	11	1,00	M.51	11	11	1,00
M.24	10	11	0,90	M.52	11	11	1,00
M.25	11	11	1,00	M.53	11	11	1,00
M.26	11	11	1,00	M.54	11	11	1,00
M.27	11	11	1,00	M.55	11	11	1,00
M.28	11	11	1,00				
Ölçek Toplam KGİ:		0,96					

KGİ: Kapsam Geçerliği İndeksi

Tablo 5.1c.'de kapsam geçerliği için ölçek maddelerini uzmanlar anlaşılrlık açısından değerlendirdi ve maddelerin toplam KGİ 0,96 bulundu. Maddelerin KGİ değerleri 0,63-1,00 arasında değişmektedir. Kapsam geçerliği çalışması sonucu KGİ'leri 0,80'nin altında olan 22. madde ve uzman görüşlerine göre 10, 22, 33, 35 ve 52. maddeler ölçekten çıkarıldı.

Uzmanların önerileri doğrultusunda 56, 57, 58, 59 ve 60. maddeler eklenerek ve gerekli değişiklikler yapılarak forma son şekli verildi (Ek 2). Bu hali ile ölçek 37 olumlu, 18 olumsuz olmak üzere 55 ifadeden oluşturuldu.

Genel uygulamalara geçilmeden önce, oluşturulan 55 maddeli ölçeğin maddeleri ile ilgili gözden kaçmış yazım, imla veya herhangi bir sorun olabilme ihtimaline karşı araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 10 hastaya araştırmacı tarafından pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama esnasında herhangi bir sorunla karşılaşılmadığı için geçerlik ve güvenirlik çalışmasına başlandı.

Yapı geçerliği

Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılarak AIKÖ'nin yapı geçerliği hesaplandı.

Birbiriyle bağlantılı pek çok sayıdaki değişkeni birbirinden bağımsız, az sayıda ve anlamlı faktörler haline getiren istatistiksel yöntemlerden birisi faktör analizidir (Kalaycı 2010). Kabul edilebilir bir faktör analizi için Bartlett's testinin anlamlı ($p < 0,05$) olması ve 0 ile 1 arasında değişen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indeksinin 0,60 ve üzeri bir değer alması önerilmektedir (Pallant 2016).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterliliğini değerlendirmek amacıyla KMO ve uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Bartlett's testi uygulandı.

Ölçeğin KMO ve Bartlett's testi değerleri Tablo 5.2'de verildi.

Tablo 5.2. KMO ve Bartlett's Testi Değerleri

KMO		0,872
Barlett's Testi	χ^2	12052,849
	Serbestlik Derecesi (Sd)	630
	p	0,000**

Not: ** $p < 0,001$

Ölçeğin KMO=0,872 ve Bartlett's testi $\chi^2 = 12052,849$; $p = 0,000$ bulundu. KMO ve Bartlett's testi analizleri sonuçları ile faktör analizi yapılabileceği belirlendi (Tablo 5.2).

Yapı geçerliğine ilişkin kullanılan açımlayıcı faktör analizinde alt kesme noktası olarak 0,30 ile 0,40 arasında faktör yüklerinin alınabileceği belirtilmektedir. Faktörlerin hesaplanmasında, özdeğeri 1,00'in üstünde olan faktörler ele alınmalıdır. Ayrıca varyans oranları yükseldikçe, ölçeğin faktör yapısı da daha güçlü olmakla beraber, varyans oranları %40 ile %60 arasında yeterli sayılmaktadır (Tavşancıl 2002).

Ölçeğin açımlayıcı faktör analizinde, faktörlere ilişkin korelasyon matrisi (Principal Component Analysis) yöntemi uygulandı ve "varimax" dönüştürme yöntemi kullanıldı. Araştırmada özdeğer 1,00 ve faktör yükü 0,40 olarak alındı.

Ölçeğin faktör analizinde elde edilen alt boyutların faktör yükleri, özdeğerleri ve açıkladıkları varyanslar Tablo 5.3'de verildi.

Tablo 5.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Açımlayıcı Faktör Analizi

	Madde No	Faktör Yükleri	Özdeğer	Faktörün Açıkladığı Varyans (%)
Faktör 1	Madde 50	0,92	5,41	% 15,03
	Madde 55	0,88		
	Madde 53	0,88		
	Madde 52	0,87		
	Madde 51	0,86		
	Madde 49	0,75		
	Madde 48	0,51		
	Madde 47	0,47		
Faktör 2	Madde 3	0,88	5,34	% 14,85
	Madde 2	0,87		
	Madde 1	0,82		
	Madde 4	0,74		
	Madde 7	0,72		
	Madde 5	0,71		
	Madde 9	0,71		
	Madde 8	0,64		
Faktör 3	Madde 6	0,52	4,25	% 11,85
	Madde 11	0,89		
	Madde 10	0,86		
	Madde 12	0,84		
	Madde 13	0,76		
	Madde 21	0,67		
	Madde 19	0,61		
Faktör 4	Madde 22	0,59	2,77	% 7,72
	Madde 45	0,83		
	Madde 46	0,81		
	Madde 43	0,79		
	Madde 44	0,58		
Faktör 5	Madde 42	0,42	2,07	% 5,77
	Madde 23	0,66		
	Madde 18	0,63		
	Madde 27	0,62		
	Madde 28	0,60		
Faktör 6	Madde 20	0,49	1,70	% 4,73
	Madde 31	0,69		
	Madde 32	0,67		

Faktör analizi sonucunda ölçeğin altı faktörden (alt boyuttan) oluştuğu belirlendi. Analiz sonucu ölçeği oluşturan altı faktör toplam varyansın %59,94'ini açıklamaktadır.

Madde havuzundaki 16, 24, 30, 33, 34, 35, 38, 39. maddeleri anti-image correlation'un 0,70'in altında kaldığı için ölçekten çıkarıldı. 14, 25, 26, 29, 36, 37,40, 41 ve 54. maddeler anlamsız yüklendiği için, 15. madde birkaç faktörde bulunduğu için, 17. madde hiçbir faktörde bulunmadığı için ölçekten çıkarıldı. Ölçeğin faktör analizi sonucunda işlemeyen maddelerin 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 ve 54. sorular olduğu görüldü. Literatür 0,40'ın altında faktör yükü bulunan maddelerin ölçekten çıkarılmasını önermektedir. Bu nedenle, ölçek 36 madde ve altı faktörden oluştu (Tablo 5.3).

Birinci boyutta bulunan maddelerin faktör yükleri 0,47 ile 0,92 arasında, ikinci boyutta bulunan maddelerin faktör yükleri 0,52 ile 0,88 arasında, üçüncü boyutta bulunan maddelerin faktör yükleri 0,59 ile 0,89 arasında, dördüncü boyutta bulunan maddelerin faktör yükleri 0,42 ile 0,83 arasında, beşinci boyutta bulunan maddelerin faktör yükleri 0,49 ile 0,66 arasında ve altıncı boyutta bulunan maddelerin faktör yükleri ise 0,67 ile 0,69 arasında değişmektedir (Tablo 5.3).

Ölçeği oluşturan faktörler; faktör 1 bilgi, faktör 2 davranışsal inançları, faktör 3 kontrol inançları, faktör 4 niyet, faktör 5 tutum, faktör 6 subjektif norm olduğu belirlendi (Tablo 3).

Doğrulayıcı faktör analizi, hastalardan toplanan veriler ile teorik yapının uyum sağlayıp sağlamadığını araştıran bir yöntemdir. Doğrulayıcı faktör analizi için çok fazla uyum indeksi kullanılabilir. Bunlar; Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), Göreli Uyum İndeksi (Relative Fit Index, RFI), Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)'dür (Schermele-Engel et al. 2003; Çapık 2014).

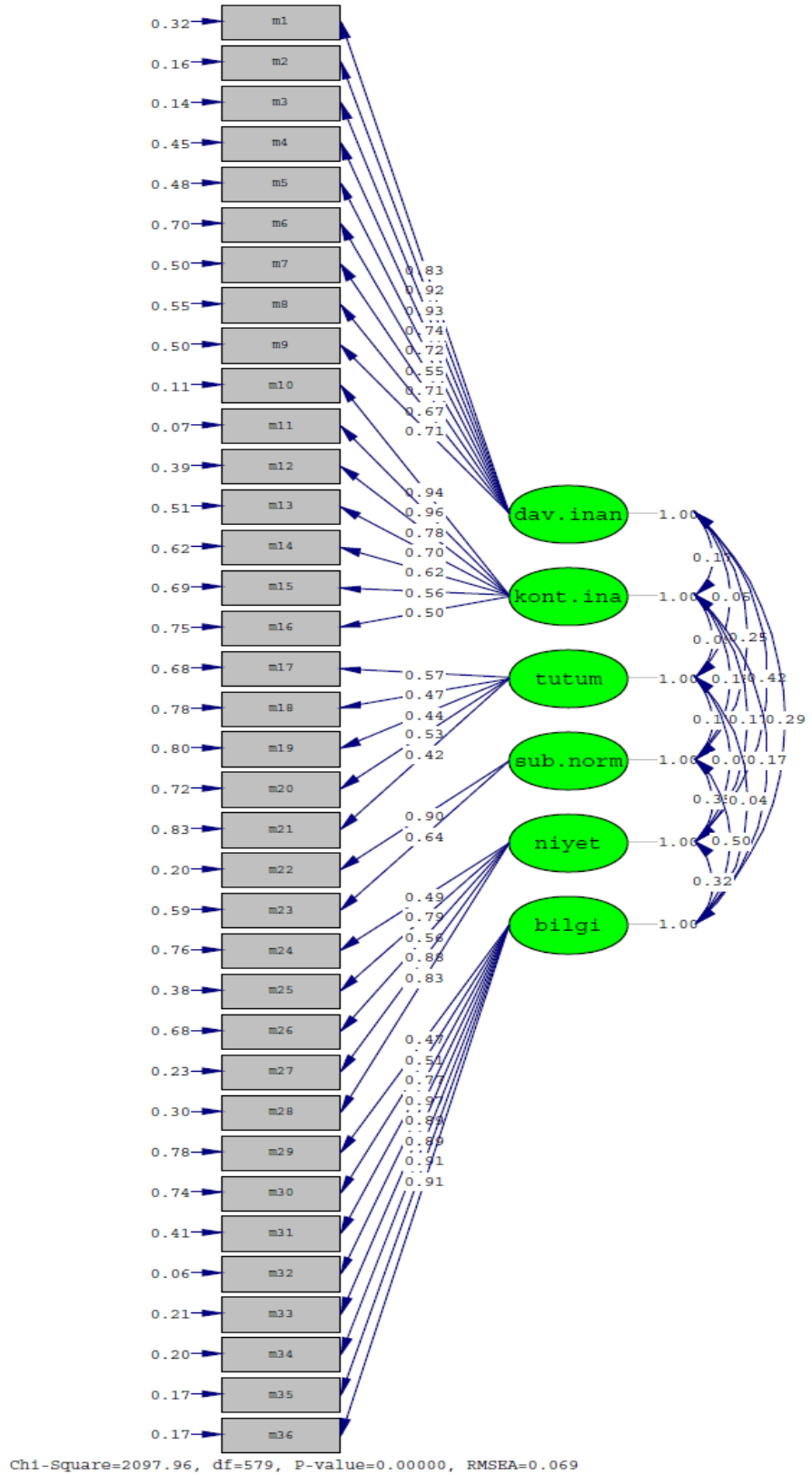
Doğrulayıcı faktör analizi için Lisrel programı kullanıldı. En çok değerlendirilen uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir değerleri ile AİKÖ'nin uyum değerleri (Schermele-Engel et al. 2003) Tablo 5.4' de verildi.

Tablo 5.4. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Uyum İndeksleri (36 Madde)

Uyum İndeksleri	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri	Ölçek Uyum Değerleri
χ^2 /df	$0 \leq \chi^2 /df \leq 2$	$2 < \chi^2 /df \leq 3$	2.90
RMSEA	$0.00 < RMSEA < 0.05$	$0.05 < RMSEA < 0.10$	0.069
SRMR	$0.00 < SRMR < 0.05$	$0.05 < SRMR < 0.10$	0.054
GFI	$0.95 < GFI < 1.00$	$0.90 < GFI < 0.95$	0.82
AGFI	$0.90 < AGFI < 1.00$	$0.85 < AGFI < 0.90$	0.80
NFI	$0.95 < NFI < 1.00$	$0.90 < NFI < 0.95$	0.92
CFI	$0.95 < CFI < 1.00$	$0.90 < CFI < 0.95$	0.95
RFI	$0.90 < RFI < 1.00$	$0.85 < RFI < 0.90$	0.92

Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde altı faktörden oluşan modelin verileri kabul edilebilir uyum gösterdiği ($\chi^2/df=2,90$, RMSEA=0,069, SRMR=0,054, GFI=0,82, AGFI=0,80, NFI=0,92, CFI=0,95 ve RFI=0,92) tespit edildi (Tablo 5.4).

Standardize edilmiş regresyon değerleri, ölçek maddelerinin, alt boyutlarını tahmin etme gücünü, yani faktör yüklerini göstermektedir. Faktör yüklerinin yüksek çıkması maddelerin, boyutlara doğru yüklendiği anlamını taşımakta olup 0.30'un üzerinde olması istenmektedir (Çapık 2014). Lisrel programı ile PATH diyagramı çizdirilen AİKÖ'nin Planlı Davranış Teorisine ait doğrulayıcı faktör analizi modeli faktör yükleri Şekil 5.2'de gösterildi.



Şekil 5.2 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Planlı Davranış Teorisine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli Faktör Yükleri.

Şekil 5.2’de görülen ölçek diyagramında, standardize edilmiş parametre değerlerine bakıldığında faktör yükleri 0,42 ile 0,97 arasında yer almaktadır. Davranışsal inançlar boyutunu en fazla etkileyen 0,93’lük bir yükü “Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm” maddesi ve en az etkileyen ise 0,55’lik bir yükü “Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım” maddesinin olduğu görüldü.

Kontrol inançları boyutunu en fazla etkileyen 0,96’lık bir yükü “Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm” maddesi ve en az etkileyen ise 0,50’lik bir yükü “İlaçları kullanmadan önce son kullanma tarihine bakarım” maddesinin olduğu görüldü (Şekil 5.2).

Tutum boyutunu en fazla etkileyen 0,57’lik bir yükü “Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum” maddesi ve en az etkileyen ise 0,42’lik bir yükü “Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum” maddesinin olduğu görüldü (Şekil 5.2).

Subjectif norm boyutunu en fazla etkileyen 0,90’lık bir yükü “Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiye ettikleri ilaçları kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum” maddesi ve en az etkileyen ise 0,64’lük bir yükü “Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarıma ilaç tavsiyesinden kaçınmam gerektiğini düşünüyorum” maddesinin olduğu görüldü (Şekil 5.2).

Niyet boyutunu en fazla etkileyen 0,85’lik bir yükü “Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum” maddesi ve en az etkileyen ise 0,49’luk bir yükü “Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum” maddesinin olduğu görüldü (Şekil 5.2).

Bilgi boyutunu en fazla etkileyen 0,97’lik bir yükü “İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır” maddesi ve en az etkileyen ise 0,41’lik bir yükü “Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir” maddesinin olduğu görüldü. Bu sonuçlara göre maddeler boyutlara doğru olarak yüklemiştir (Şekil 5.2).

Benzer Ölçek Geçerliliği

Ölçüt geçerliliğinin bir türü olan benzer ölçek geçerliliğinde, puanlar o anda var olan bir ölçütle karşılaştırılmaktadır (Tavşancıl 2002). Benzer ölçek geçerliliği için

Morisky 8-maddeli tedavi uyum ölçeği kullanıldı. Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi ile iki ölçek arasındaki korelasyon değerlendirildi. Korelasyon katsayılarının yorumu ise $r < 0,20$ zayıf ilişki; $0,20 < r < 0,39$ düşük ilişki; $0,40 < r < 0,59$ orta derecede ilişki; $0,60 < r < 0,80$ güçlü ilişki; $0,80 < r < 1$ yüksek şekilde yapılmaktır (Şencan 2005).

Bu amaçla 550 hastaya hem geliştirilen ölçek hem de Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği uygulandı ve bulunan sonuçlar Tablo 5.5'te verildi.

Tablo 5.5. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Alt Boyutları ile Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği Arasında Korelasyonlar (n=550)

Ölçek Alt boyutları	Ort±SS	Morisky ortalaması	
		r	p
Davranışsal İnançlar	12,65±2,57	0,20	0,000***
Kontrol İnançları	10,06±2,65	0,14	0,001**
Tutum	4,99±2,54	0,31	0,000***
Subjectif norm	3,44±0,99	0,16	0,000***
Niyet	8,10±1,55	0,13	0,002**
Bilgi	11,77±2,35	0,12	0,004**
AİKÖ	51,04±7,39	0,30	0,000***

Not: **p<0,01 ve ***p<0,001.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği' nin alt boyutları ile Morisky 8-maddeli tedavi uyum ölçeği arasında benzer ölçek geçerliği için yapılan korelasyon analizinde; davranışsal inançlar ve tutum alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon; kontrol inançları, subjectif norm, niyet ve bilgi alt boyutları arasında ise pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Ayrıca AİKÖ ile Morisky 8-maddeli tedavi uyum ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. Bu sonuca göre; AİKÖ puanları yükseldikçe Morisky 8-maddeli tedavi uyum ölçeği puanları da yükselmektedir (Tablo 5.5).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

İç Tutarlık ve Madde Analizleri

Ölçeğin güvenirligi bu çalışmada iç tutarlık katsayıları (Cronbach alfa katsayısı, Spearman Brown ve Guttman) ve madde analizleri kullanılarak değerlendirildi.

Tutarlık, güvenirlilik katsayısı 0'a yaklaştıkça azalmakta, 1'e yaklaştıkça artmaktadır (Kalaycı 2010). Ölçek puanlarının güvenirligi için Cronbach α güvenirlilik

katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması kabul edilebilir sayılmaktadır (Büyüköztürk 2008).

Ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach alfa katsayısı Tablo 5.6' da verildi.

Tablo 5.6. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Cronbach Alfa Katsayısı

Cronbach's Alpha	n
0,851	36

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,85 olarak hesaplanarak, ölçeğin güvenirliği yüksek olarak saptandı (Tablo 5.6).

Bu çalışmada madde analizi işlemleri olarak; madde toplam, madde kalan ve madde ayırt edicilik indeksleri hesaplandı.

Ölçek toplam puanı ile ölçek maddelerinden alınan puanlar arasındaki ilişkiyi açıklayan madde toplam korelasyonu, Pearson korelasyon katsayısıyla belirlenmektedir. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzeyen davranışları örneklediğini ve ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Madde toplam korelasyon katsayısının minimum 0,20 olması beklenmektedir (Tavşancıl 2002).

Madde kalan korelasyonu; maddenin kendisi dışındaki maddelerden elde edilen toplam puanla ilişkisini ifade etmektedir. Madde toplamdan elde edilen sonuçların, madde kalandan elde edilen sonuçlardan daha yüksek olması beklenmektedir (Tavşancıl 2002; Büyüköztürk 2004).

Madde ayırt edicilik; ölçekten alınan toplam puanların en yüksekten en düşüğe doğru sıralanmasıyla oluşturulan üst %27'lik ve alt %27'lik grupların madde ortalama puanları arasındaki farkların bağımsız t-testi ile hesaplanmasıyla bulunabilmektedir (Şencan 2005; Büyüköztürk 2011). Gruplar arasında farkların anlamlı olması, ölçeğin iç tutarlığının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk 2011).

Ölçekteki maddelerin ayırt edicilik düzeylerine bakmak üzere alt ve üst %27'lik gruplar için bağımsız t-testi uygulandı. Hastaların ölçekten almış oldukları puanlar büyükten küçüğe doğru sıralandı ve 148 alt ve 148 üst grup oluşturuldu. Ölçekteki her maddenin ayırt edicilik indeksi hesaplandı ve anlamlılık düzeyi 0,10 olarak kabul edildi.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin tümü ve alt boyutları için korelasyona dayalı madde analizi Tablo 5.7' de gösterildi.

Tablo 5.7. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Madde Analizi Sonuçları ve İç Tutarlık Katsayıları (n=550)

Maddeler	Madde Toplam	Madde Kalan	Madde Ayırtedicilik	Madde Çıkarıldığında Cronbach alfa
Madde 1	0,505	0,468	8,518	0,845
Madde 2	0,545	0,513	7,897	0,845
Madde 3	0,554	0,525	8,271	0,845
Madde 4	0,419	0,376	6,246	0,847
Madde 5	0,495	0,453	8,953	0,845
Madde 6	0,408	0,348	8,458	0,847
Madde 7	0,527	0,487	9,327	0,844
Madde 8	0,500	0,456	8,711	0,845
Madde 9	0,481	0,442	7,858	0,846
Madde 10	0,463	0,417	10,095	0,846
Madde 11	0,475	0,431	9,920	0,845
Madde 12	0,481	0,436	10,622	0,845
Madde 13	0,494	0,436	12,047	0,845
Madde 14	0,479	0,414	11,368	0,845
Madde 15	0,462	0,400	10,985	0,845
Madde 16	0,390	0,318	8,986	0,848
Madde 17	0,370	0,271	11,805	0,851
Madde 18	0,298	0,189	9,811	0,855
Madde 19	0,236	0,129	6,988	0,857
Madde 20	0,357	0,255	12,359	0,852
Madde 21	0,229	0,123	6,768	0,857
Madde 22	0,479	0,425	10,064	0,845
Madde 23	0,401	0,325	8,679	0,848
Madde 24	0,436	0,365	9,154	0,847
Madde 25	0,416	0,378	6,656	0,847
Madde 26	0,406	0,347	7,225	0,847
Madde 27	0,432	0,394	5,846	0,847
Madde 28	0,446	0,406	6,463	0,846
Madde 29	0,375	0,308	7,215	0,848
Madde 30	0,404	0,336	8,992	0,847
Madde 31	0,444	0,398	6,578	0,846
Madde 32	0,538	0,509	7,012	0,845
Madde 33	0,545	0,513	8,024	0,845
Madde 34	0,546	0,515	7,672	0,845
Madde 35	0,544	0,513	7,770	0,845
Madde 36	0,490	0,457	7,138	0,846
		Cronbach alfa	0,85	
İç Tutarlık Katsayıları		Spearman Brown	0,60	
		Guttman	0,60	

Akılıcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin madde analizi sonucunda ölçekteki maddelerin madde toplam korelasyonlarının 0,22 ile 0,55 arasında; madde kalan korelasyon katsayılarının 0,12 ile 0,52 arasında olduğu saptandı (Tablo5.7).

Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri 5,84 ile 12,35 arasındadır. Buna göre, ölçeğin genelinde yer alan maddelerin tamamının istatistiksel açıdan ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı sonuç verdiği için AİKÖ'nde kalmalarına karar verildi (Tablo 5.7).

Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,85 olarak bulundu. Ölçeğin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılmasıyla analiz edilen Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları 0,60 olarak bulundu (Tablo 5.7).

Akılıcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin her bir maddenin ait olduğu alt boyut madde toplam puan korelasyonları Tablo 5.8' da gösterildi.

Tablo 5.8. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Her Bir Maddenin Ait Olduğu Alt Boyut Madde Toplam Puan Korelasyonları (n=550)

Alt Boyut	Maddeler	r	p
Davranışsal inançlar	1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim.	0,80	0,00***
	2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur.	0,86	0,00***
	3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm.	0,88	0,00***
	4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personeline söylemediğimde zarar görürüm.	0,73	0,00***
	5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığımın ilerleyeceğini düşünürüm.	0,74	0,00***
	6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımın tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım.	0,62	0,00***
	7. Önemli bir rahatsızlık atlanabilir diye düşündüğüm için muayene olmadan ilaç almam.	0,76	0,00***
	8. Mikroplara karşı direnç geliştiği için gereksiz antibiyotik kullanmaktan kaçınırım.	0,68	0,00***
	9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesinin doğru tedavi için önemli olduğunu düşünürüm.	0,73	0,00***
Kontrol inançları	10. Doktorun verdiği ilacı, doktorun önerdiği şekilde kullanmayı önemserim.	0,82	0,00***
	11. Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm.	0,84	0,00***
	12. İlaç kullanmadan önce muayene olmak isterim.	0,82	0,00***
	13. Hasta olunca doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan yanayım.	0,78	0,00***
	14. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi başıma antibiyotik kullanırım.	0,72	0,00***
	15. İlacın etkinliği azalmasın diye saklanma koşullarına dikkat ederim.	0,67	0,00***
	16. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakarım.	0,65	0,00***

Not: ***p<0,001

Tablo 5.8. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Her Bir Maddenin Ait Olduğu Alt Boyut Madde Toplam Puan Korelasyonları (n=550) Devamı

Alt Boyut	Maddeler	r	p
Tutum	17. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum.	0,65	0,00***
	18. İlaçtan yarar görmüyorsam, doktora danışmadan ilacı kullanmayı bırakırım.	0,60	0,00***
	19. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.	0,61	0,00***
	20. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım.	0,65	0,00***
	21. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum.	0,59	0,00***
Subjectif norm	22. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiye ettikleri ilaçları kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.	0,84	0,00***
	23. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarıma ilaç tavsiyesinden kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.	0,90	0,00***
Niyet	24. Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum.	0,68	0,00***
	25. Bundan sonra doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendirmeyi istiyorum.	0,78	0,00***
	26. Bundan sonraki tedavimden arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye vermeyi planlıyorum.	0,67	0,00***
	27. Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımını ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum.	0,77	0,00***
	28. Bundan sonra kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak kullanmayı istiyorum.	0,77	0,00***
Bilgi	29. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir.	0,58	0,00***
	30. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tuvalete atılmamalıdır.	0,63	0,00****
	31. Hastalığın iyileştiği düşünülerek doktor kararı olmadan ilaç/antibiyotik planlanan süreden önce kesilmemelidir.	0,77	0,00***
	32. İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır.	0,89	0,00***
	33. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalıdır.	0,85	0,00***
	34. İlaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurulmalıdır.	0,85	0,00***
	35. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.	0,85	0,00***
	36. İlaç kazalarını önlemek için çocuklar, yaşlılar ve engellilerin ulaşacağı yerde ilaçlar bırakılmamalıdır.	0,85	0,00***

Not: ***p<0,001

Ölçeğin her bir maddesinin ait olduğu alt ölçeği ile korelasyon katsayıları; davranışsal inançlar alt boyutu için 0,62-0,88 arasında, kontrol inançları alt boyutu için 0,65-0,84 arasında, tutum alt boyutu için 0,59-0,65 arasında, subjektif norm alt boyutu için 0,84-0,90 arasında, niyet alt boyutu için 0,67-0,78, bilgi alt boyutu için 0,58-0,89

arasında oldukça güçlü ilişki bulundu. Maddelerin ait oldukları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait olmadıkları ölçeklerle bulunanlara göre daha yüksek düzeyde belirlendi (Tablo 5.8).

Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin madde analizi ve iç tutarlık katsayıları Tablo 5.9’da sunuldu.

Tablo 5.9. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’nin Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analizi Sonuçları ve İç Tutarlılık Katsayıları (n=550)

Madde No	Madde Toplam	Madde Kalan	Madde Ayırtedicilik	İç Tutarlık Katsayıları	
Davranışsal İnançlar Alt Boyutu					
Madde 01	0,806	0,749	8,518		
Madde 02	0,863	0,826	7,897		
Madde 03	0,882	0,851	8,271		
Madde 04	0,731	0,652	6,246	Cronbach Alfa	0,89
Madde 05	0,740	0,657	8,953	Spearman Brown	0,87
Madde 06	0,620	0,473	8,458	Guttman	0,87
Madde 07	0,760	0,682	9,327		
Madde 08	0,688	0,585	8,711		
Madde 09	0,732	0,655	7,858		
Kontrol İnançları Alt Boyutu					
Madde 10	0,822	0,760	10,095		
Madde 11	0,849	0,795	9,920		
Madde 12	0,828	0,767	10,622		
Madde 13	0,787	0,686	12,047	Cronbach Alfa	0,88
Madde 14	0,726	0,592	11,368	Spearman Brown	0,84
Madde 15	0,671	0,527	10,985	Guttman	0,83
Madde 16	0,656	0,496	8,986		
Tutum Alt Boyutu					
Madde 17	0,655	0,409	11,805		
Madde 18	0,607	0,327	9,811	Cronbach Alfa	0,60
Madde 19	0,610	0,346	6,988	Spearman Brown*	0,59
Madde 20	0,652	0,396	12,359	Guttman*	0,58
Madde 21	0,590	0,323	6,768		

Tablo 5.9. Ölçeğin Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analizi Sonuçları ve İç Tutarlılık Katsayıları (n=550) Devamı

Madde No	Madde Toplam	Madde Kalan	Madde Ayırtedicilik	İç Tutarlık Katsayıları	
Subjectif Norm Alt Boyutu					
Madde 22	0,841	0,531	10,064	Cronbach Alfa	0,68
Madde 23	0,905	0,531	8,679	Spearman Brown	0,69
				Guttman	0,68
Niyet Alt Boyutu					
Madde 24	0,683	0,367	9,154		
Madde 25	0,781	0,672	6,656	Cronbach Alfa	0,74
Madde 6	0,675	0,430	7,225	Spearman Brown	0,75
Madde 27	0,779	0,670	5,846	Guttman	0,69
Madde 28	0,775	0,652	6,463		
Bilgi Alt Boyutu					
Madde 29	0,585	0,393	7,215		
Madde 30	0,636	0,454	8,992		
Madde 31	0,776	0,691	6,578	Cronbach Alfa	0,87
Madde 32	0,898	0,870	7,012	Spearman Brown	0,86
Madde 33	0,855	0,810	8,024	Guttman	0,86
Madde 34	0,856	0,812	7,672		
Madde 35	0,855	0,813	7,770		
Madde 36	0,853	0,810	7,138		

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin davranışsal inançlar alt boyutunda bulunan maddeler için madde toplam korelasyonları 0,62 ile 0,88 arasında, madde kalan korelasyon katsayıları 0,47 ile 0,85 arasında değişmektedir. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri 6,24 ile 9,32 arasındadır. Buna göre; bu boyutta bulunan maddelerin tamamı $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı bulundu ve AİKÖ'nin davranışsal inançlar alt boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin davranışsal inançlar alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,89 bulundu. Ölçeğin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile analiz edilen Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları ise 0,87 ve 0,87 olarak bulundu (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin kontrol inançları alt boyutunda bulunan maddelerin madde toplam korelasyonları 0,65 ile 0,82 arasında; madde kalan korelasyon katsayıları 0,49 ile 0,79 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri 8,98 ile 12,04 arasındadır. Buna göre; maddelerin tamamı istatistiksel açıdan $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı bulundu ve bu boyutta kalmalarına karar verildi (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin kontrol inançları alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,88 bulundu. Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları 0,84 ve 0,83 olarak hesaplandı (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin tutum alt boyutunda bulunan maddelerin madde toplam korelasyonları 0,59 ile 0,65 arasında; madde kalan korelasyon katsayıları 0,32 ile 0,40 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri 6,76 ile 12,35 arasındadır. Buna göre; maddelerin tamamı istatistiksel açıdan $p<0,001$ düzeyinde anlamlı bulundu ve bu boyutta kalmalarına karar verildi (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin tutum alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,60 olarak saptandı. Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları ise 0,59 ve 0,58 olarak hesaplandı (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin subjektif norm alt boyutunda bulunan iki maddenin madde toplam korelasyonları 0,84 ile 0,90 arasında; madde kalan korelasyon katsayıları 0,53' tür. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri ise 8,67 ile 10,06'dır. Buna göre; maddelerin tamamı istatistiksel açıdan $p<0,001$ düzeyinde anlamlı bulundu ve bu boyutta kalmalarına karar verildi (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin subjektif norm alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,68 olarak saptandı. Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları ise 0,69 ve 0,68 olarak hesaplandı (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin niyet alt boyutundaki maddelerin madde toplam korelasyonları 0,68 ile 0,78 arasında; madde kalan korelasyon katsayıları ise 0,36 ile 0,67 arasında değiştiği bulundu. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri de 5,84 ile 9,15 arasındadır. Buna göre; maddelerin tamamı istatistiksel açıdan $p<0,001$ düzeyinde anlamlı bulundu ve bu boyutta kalmalarına karar verildi (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin niyet alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,74 olarak saptandı. Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları 0,75 ve 0,69 olarak hesaplandı (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin bilgi alt boyutundaki maddelerin madde toplam korelasyonları 0,58 ile 0,89 arasında; madde kalan korelasyon katsayıları 0,39 ile 0,81 arasındadır. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri 6,57 ile 8,02 arasında değiştiği gözlemlendi. Buna göre; maddelerin tamamı istatistiksel açıdan $p<0,001$ düzeyinde anlamlı bulundu ve bu boyutta kalmalarına karar verildi (Tablo 5.9).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin bilgi alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,87 olarak saptandı. Spearman Brown ve Guttman iç tutarlık katsayıları 0,86 ve 0,86 olarak hesaplandı (Tablo 5.9).

Tablo 5.9'da bağımsız grup t-testi ile maddelerden elde edilen puanların alt ve üst grup ortalamaları arasında ölçek maddeleri için $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı farklılık bulundu ve ölçekten elde edilen yüksek puan ile düşük puan arasında ölçeğin amaçladığı özelliği ölçme konusunda ayırt edici olduğu belirlendi.

Tablo 5.10'da her bir alt ölçeğin toplam madde puanlarının tanımlayıcı istatistikleri verildi.

Tablo 5.10. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (n=550)

Ölçeğin Alt Boyutları	Madde Sayısı	Dağılım Aralığı	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max. Puan
Davranışsal inançlar	9	0-18	12,65 \pm 2,57	9-18
Kontrol inançları	7	0-14	10,06 \pm 2,65	4-14
Tutum	5	0-10	4,99 \pm 2,54	0-10
Subjektif norm	2	0-4	3,44 \pm 0,99	0-4
Niyet	5	0-10	8,10 \pm 1,55	4-10
Bilgi	8	0-16	11,77 \pm 2,35	5-16
Toplam	36	0-72	51,04 \pm 7,39	30-72

Hastaların AİKÖ genelinden aldıkları puan ortalaması 51,04 \pm 7,39, davranışsal inançlar alt boyut puanı 12,65 \pm 2,57, kontrol inançlar alt boyut puanı 10,06 \pm 2,65, tutum alt boyut puanı 4,99 \pm 2,54, subjektif norm alt boyut puanı 3,44 \pm 0,99, niyet alt boyut puanı 8,10 \pm 1,55 ve bilgi alt boyut puanı 11,77 \pm 2,35 olarak bulundu (Tablo 5.10).

Planlı Davranış Modeline göre oluşturulan AİKÖ'nin toplumumuz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu, altı alt boyut ve 36 maddeden oluştuğu belirlendi (Ek 9). AİKÖ'nin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hasta eğitimi ve araştırma çalışmalarında kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varıldı.

5.6.3. Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği (Ek 10):

Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği, Donald E. Morisky tarafından (2009) geliştirilen sekiz maddeli bir ölçektir. Hastanın ilaç kullanım davranışlarını inceleyen Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği'nden toplam 8 puan alınabilmektedir. İlk 4

soruda Hayır 1 puan Evet 0 puan; 5. soruda Evet 1 puan Hayır 0 puan; 6 ve 7. soruda Hayır 1 puan Evet 0 puan; 8. soruda hiçbir zaman 1 puan, diğer 4 seçenek 0 puan olacak şekilde hesaplanmaktadır. 0-5 puan düşük uyum, 6-7 orta uyum ve 8 puan alan yüksek uyum olarak kategorize edilmektedir.

Yapılan bu çalışmada Kuder Richardson 21 güvenilirlik katsayısı 0,76 bulundu.

5.6.4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek 11):

Sezer ve Kadioğlu tarafından (2012) Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geliştirilmiş olup Chronbach alfa katsayısı 0,77 bulunmuştur.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nde yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı hakkındaki yeterliğini saptamaya yönelik 23 madde bulunmaktadır. Ölçekteki soruların 13'ü evet/hayır, 4'ü boşluk doldurma, 4'ü çoktan seçmeli, 2'si eşleştirmelidir. Soruların puanlaması; Cevabı evet/hayır şeklinde olan sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma şeklindeki sorularda doğru cevaba 1, yanlış cevaba 0 puan verilmektedir. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru cevap işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere veya doğru ile birlikte yanlış cevap işaretleyenlere 0 puan verilmektedir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmekte olup, ölçekten alınan puan yükseldikçe, sağlık okuryazarlık düzeyi yükselmektedir.

Yapılan bu çalışmada Kuder Richardson 21 güvenilirlik katsayısı 0,78 bulundu.

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmaya katılan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak formlar eğitim odasında dolduruldu. Görüşme sırasında hastalara çalışmanın amacı, yapılacak uygulamalar açıklandı ve kişisel bilgilerin gizli kalacağı söylenerek yazılı onam alındı (Ek 12).

Girişim ve kontrol grubu hastalarıyla iki kez görüşme yapıldı. İlk görüşmede girişim grubuna veri toplama araçları dolduruldu. Girişim grubundaki hastalara teke tek 30-45 dk eğitim odasında sözel anlatım, soru cevap şeklinde eğitim yapıldı. Eğitimin içeriğini hipertansiyon, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı konuları kapsadı. Araştırmacı tarafından hazırlanan renkli eğitim kitapçıkları hastalara evde de okumaları amacıyla verildi. Kontrol grubundaki hastalara ise ilk görüşmede veri

toplama araçları dolduruldu. İkinci görüşmeler girişim ve kontrol grubu hastalarına üç ay sonra yapıldı ve veri toplama araçları tekrar uygulandı. Bilgi alma hakkına saygı gereği kontrol grubuna da ikinci görüşmede eğitim yapıldı ve eğitim kitapçığı verildi.

Hipertansiyon Eğitim Kitapçığı: Hipertansiyonun nedenleri, belirtileri, komplikasyonları, kan basıncı ölçümü, yaşam tarzı değişikliklerinden diyet, tuz kısıtlaması, kilo verme, fiziksel egzersiz, sigaranın bırakılması ve alkolün azaltılmasını, ayrıca ödeme yönelik tedbirleri ile ilaç tedavisi, ilaçların saklanma koşulları ve yan etkileri konularını içermektedir.

5.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilecek veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22 İstatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Veriler ortalama \pm standart sapma (SS), sayı ve yüzde ile gösterildi. Normal dağılıma uyan parametrik verilerde iki grup arasındaki fark bağımsız gruplarda t-testi, normal dağılıma uymayan parametrik verilerde iki grup arasındaki fark bağımsız gruplarda Mann-Whitney U, bağımlı gruplarda Wilcoxon analizleri ile değerlendirildi. Parametrik olmayan verilerin analizi ki kare testi ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede %95 güven aralığında anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edildi.

5.9.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sınırlı sayıda hasta popülasyonu ve daha önceden farklı zamanlarda hipertansiyon tanısı almış hastalar ile gerçekleştirildiğinden sonuçlar tüm hipertansiyonlu hastalara genellenemez.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma süresince bilimsel ve evrensel etik ilkelere sadık kalındı ve çalışma yürütülürken İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na uyuldu. Çalışmaya başlamadan önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri etik kurulundan (Ek 2), Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 3) ve Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve

Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan (Ek 4) gerekli izinler alındı. Aydınlatılmış onam, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, özerklik ve zarar vermeme/ yararlılık ilkeleri çalışmada göz önünde bulunduruldu. Örnekleme katılma kriterlerini karşılayan hipertansiyonlu hastalara araştırmanın amacı, olası yararları, alınacak verilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı, bireysel verilerin kimseye açıklanmayacağı belirtilerek yazılı onayları alındı.



6. BULGULAR

Hipertansiyon tedavisi alan hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisini değerlendirmek amacı ile deneysel olarak yapılan bu çalışmada bulgular dört bölümde incelendi.

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine, Hastalık Durumuna ve İlaç Kullanımlarına İlişkin Bulguları

6.2. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

6.3. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

6.4. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede, Hipertansiyonla İlgili Değişkenler ile İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar

6.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE, HASTALIK DURUMUNA VE İLAÇ KULLANIMLARINA İLİŞKİN BULGULARI

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından farklar Tablo 6.1.1’de gösterildi.

Tablo 6.1.1. Sosyodemografik Özellikler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar

Sosyodemografik Özellikleri		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Yaş		55,38±7,07		55,12±6,88		t=0,186 p=0,853
Cinsiyet	Kadın	34	68,0	32	64,0	$\chi^2=0,178$ p=0,673
	Erkek	16	32,0	18	36,0	
Medeni Durum	Evli	46	92,0	46	92,0	$\chi^2=0,00$ p=1,000
	Bekar	4	8,0	4	8,0	
Eğitim Durumu	Okuryazar/ ilköğretim	40	80,0	40	80,0	$\chi^2=0,00$ p=1,000
	Lise/üniversite	10	20,0	10	20,0	
Meslek	Ev Hanımı	32	64,0	30	60,0	$\chi^2=1,01$ p=0,601
	Emekli	10	20,0	14	28,0	
	Çalışan	8	16,0	6	12,0	

Not: Ki-kare testi ve Independent Samples testi kullanıldı.

Hastaların yaş ortalaması girişim grubu için 55,38±7,07 yıl, kontrol grubu için 55,12±6,88 yıldır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında girişim grubu için %68,0'i kadın ve %2,0'si erkek; kontrol grubu için %64,0'ü kadın ve %6'sı erkek hastadır. Medeni durumuna bakıldığında girişim ve kontrol grubundaki hastaların %92'si evli ve %8'i bekar. Eğitim durumuna bakıldığında ise, girişim ve kontrol grubundaki hastaların %40'ının okuryazar/ilköğretim mezunu ve %10'unun lise/üniversite mezunu olduğu görüldü. Her iki grupta da hastaların çoğunluğunun ev hanımı veya emekli olup çalışmadığı bulundu. Girişim ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 6.1.1).

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında hastalık durumuna ilişkin değişkenlere göre farklar Tablo 6.1.2'de, alışkanlıklara ilişkin değişkenlere göre farklar Tablo 6.1.3' de gösterildi.

Tablo 6.1.2. Hastalık Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar

Hastalık Durumuna İlişkin Değişkenler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Şu anki Sağlık Durumu	Çok İyi/ İyi	38	76,0	32	64,0	$\chi^2=1,714$ p=0,190
	Çok Kötü/ Kötü	12	4,0	18	36,0	
Ödem durumu	Yok	41	82,0	42	84,0	$\chi^2=0,071$ p=0,790
	Var	9	18,0	8	16,0	
Kan Durumu	Sistolik	127,72±23,44		130,00±15,11		t=0,578 p=0,565
	Diyastolik	83,30±9,82		82,40±8,52		
Eşlik Hastalık	Diyabet	16	32,0	21	42,0	$\chi^2=1,097$ p=0,778
	Kalp Hastalığı	5	10,0	4	8,0	
	Diğer	10	20,0	9	18,0	
	Yok	19	38,0	6	32,0	
Ailede Hipertansiyon Olma Durumu	Evet	31	62,0	35	70,0	$\chi^2=0,713$ p=0,398
	Hayır	19	38,0	15	30,0	
Hipertansiyon Süresi	Bir Yıldan Az	5	10,0	6	12,0	$\chi^2=5,193$ p=0,158
	1-5 yıl	27	54,0	16	32,0	
	6-10 yıl	8	16,0	11	22,0	
	11 yıl ve üzeri	10	20,0	17	34,0	
Hipertansiyonun Günlük Yaşamı Etkileme Durumu	Etkilemiyor	11	22,0	14	28,0	$\chi^2=1,716$ p=0,633
	Biraz Etkiliyor	21	42,0	18	36,0	
	Orta Derece/ Çok Etkiliyor	18	36,0	18	36,0	
	Fazla Etkiliyor					

Not: Ki-Kare testi ve Independent Samples testi kullanıldı.

Tablo 6.1.3 Alışkanlıklara İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar

Alışkanlıklara Değişkenler	İlişkin	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Sağlık Kontrollerine Gitme Sıklığı	0-3 ayda bir	10	20,0	19	38,0	$\chi^2=4,211$ p=0,122
	4-12 ayda bir	7	14,0	4	8,0	
	Şikayetim Oldukça	33	66,0	27	54,0	
Tuz kısıtlaması	Evet	19	38,0	22	44,0	$\chi^2=5,372$ p=0,542
	Hayır	31	62,0	28	56,0	
Diyet yapma	Evet	13	26,0	15	30,0	$\chi^2=0,200$ p=0,905
	Hayır	16	32,0	15	30,0	
	Bazen	21	42,0	20	40,0	
Egzersiz yapma	Evet	5	10,0	6	12,0	$\chi^2=5,475$ p=0,065
	Hayır	35	70,0	24	48,0	
	Bazen	10	20,0	20	40,0	
Sigara Kullanımı	Evet	8	16,0	7	14,0	$\chi^2=0,190$ p=0,909
	Hayır	34	68,0	36	72,0	
	Bıraktım	8	16,0	7	14,0	
Alkol Kullanımı	Evet	3	6,0	0	0,0	$\chi^2=3,504$ p=0,173
	Hayır	45	90,0	49	98,0	
	Bıraktım	2	4,0	1	2,0	
Kullanılan Antihipertansifler	ACE İnh	11	22,0	12	24,0	$\chi^2=6,391$ p=0,381
	ARB	7	14,0	9	18,0	
	Beta Bloker	6	12,0	7	14,0	
	ARB+Diüretk	12	24,0	14	28,0	
	ARB+Ca Kanal Blokerleri	14	28,0	8	16,0	

Not: Ki-Kare testi kullanıldı.

Hipertansiyon hastalarının şu anki sağlık durumu girişim grubunda %76,0 çok iyi/ iyi, %24,0 çok kötü/ kötü; kontrol grubunda %64,0 çok iyi/ iyi, %36,0 çok kötü/ kötü olarak bulundu. İki grup arasında şu anki sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 6.1.2).

Tibial ödem; girişim grubunda %82, kontrol grubunda %84 hastada olmadığı belirlendi. İki grup arasında tibial ödem durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 6.1.2).

Hipertansiyonlu hastaların SKB girişim grubunda $127,72 \pm 23,44$ mmHg ve kontrol grubunda $130,00 \pm 15,11$ mmHg; DKB girişim grubunda $83,30 \pm 9,82$ mmHg ve kontrol grubunda $82,40 \pm 8,52$ mmHg olarak bulundu. İki grup arasında SKB ve DKB açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.2).

Hipertansiyonlu hastaların eşlik eden hastalık durumu girişim grubunda %32,0 diyabet, %10,0 kalp hastalığı, %20,0 diğer ve %38,0 yok; kontrol grubunda %42,0 diyabet, %8,0 kalp hastalığı, %18,0 diğer ve %32,0 yok olarak bulundu. İki grup arasında eşlik eden hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.2).

Ailede hipertansiyon olma durumu girişim grubu için %62,0 evet ve %38,0 hayır; kontrol grubu için %70,0 evet ve %30,0 hayır olarak bulundu. İki grup arasında ailede hipertansiyon olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.2).

Hipertansiyon süresi girişim grubu için %10,0 bir yıldan az, %54,0 1-5 yıl arası, %16,0 6-10 yıl arası ve %20,0 11 yıl ve üzeri; kontrol grubu için %12,0 bir yıldan az, %32,0 1-5 yıl arası, %22,0 6-10 yıl arası ve %34,0 11 yıl ve üzeri olarak bulundu. İki grup arasında hipertansiyon süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.2).

Hipertansiyonun günlük yaşamı etkileme durumu girişim grubu için %22,0 etkilemiyor, %42,0 biraz etkiliyor ve %36,0 orta derece /çok fazla etkiliyor; kontrol grubu için %28,0 etkilemiyor, %36,0 biraz etkiliyor ve %36,0 orta derece /çok fazla etkiliyor olarak bulundu. İki grup arasında hipertansiyonun günlük yaşamı etkileme durumu açısından anlamlı saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.2).

Hipertansiyonlu hastaların sağlık kontrollerine gitme sıklığı girişim grubu için %20,0 0-3 ayda bir, %14,0 4-12 ayda bir ve %66,0 şikayeti oldukça; kontrol grubu için %38,0 0-3 ayda bir, %8,0 4-12 ayda bir ve %54,0 şikayeti oldukça olarak bulundu. İki grup arasında sağlık kontrollerine gitme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.3).

Hipertansiyonlu hastaların tuz kısıtlaması girişim grubu için %38,0 evet ve %62,0 hayır; kontrol grubu için %44,0 evet ve %56,0 hayır olarak bulundu. İki grup arasında tuz kısıtlaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.3).

Diyet yapma durumu girişim grubu için %26,0 evet, %32,0 hayır ve %42,0 bazen; kontrol grubu için %30,0 evet, %30,0 hayır ve %40,0 bazen olarak bulundu. İki grup

arasında tuz kısıtlaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.3).

Egzersiz yapma durumu girişim grubu için %10,0 evet, %70,0 hayır ve %20,0 bazen; kontrol grubu için %12,0 evet, %48,0 hayır ve %40,0 bazen olarak bulundu. İki grup arasında egzersiz yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.3).

Sigara kullanımı girişim grubu için %16,0 evet, %68,0 hayır ve %16,0 bıraktım; kontrol grubu için %14,0 evet, %72,0 hayır ve %14,0 bıraktım olarak bulundu. İki grup arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.3).

Alkol kullanımı girişim grubu için %6,0 evet, %90,0 hayır ve %4,0 bıraktım; kontrol grubu için %98,0 hayır ve %2,0 bıraktım olarak bulundu. İki grup arasında alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.3).

Hipertansiyonda kullanılan ilaçların girişim grubu için %22,0 ACE (Anjiyotensin dönüştürücü enzim) inhibitörü, %14,0 ARB (Angiotensin II reseptör blokerleri), %14,0 Ca kanal blokeri, %12,0 beta bloker, %24,0 ARB+Diüretik ve %28,0 ARB+Ca kanal blokeri; kontrol grubu için %24,0 ACE inhibitörü, %18,0 ARB, %14,0 beta bloker, %28,0 ARB+Diüretik ve %16,0 ARB+Ca kanal blokeri olduğu belirlendi. İki grup arasında hipertansiyonda kullanılan ilaçlar açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.3).

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında ilaç kullanım durumuna ilişkin değişkenlere göre farklar Tablo 6.1.4 ve Tablo 6.1.5’de gösterildi.

Tablo 6.1.4. İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar

İlaç Durumuna Değişkenler	Kullanım İlişkin	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Anlamlılık
		n	%	n	%	
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	36	72,0	39	78,0	$\chi^2=1,480$ p=0,488
	Hayır	14	28,0	11	22,0	
İlaçları Kullanmayı Unutma	Evet	23	46,0	23	46,0	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	Hayır	27	54,0	27	54,0	
Reçetesiz Eczaneden İlaç Alma	Evet	19	38,0	7	14,0	$\chi^2=7,484$ p=0,006**
	Hayır	31	62,0	43	86,0	
Komşuların/ Yakınların Tavsiyesi ile İlaç Kullanma	Evet	13	26,0	6	12,0	$\chi^2=3,184$ p=0,07
	Hayır	37	74,0	44	88,0	

Not: Ki-Kare testi kullanıldı. **p<0,01.

Tablo 6.1.5. İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar

İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Değişkenler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
Her Evde Mutlaka Olması Gereken İlaç Var mıdır?	Evet	43	86,0	11	22,0	$\chi^2=1,084$ p=0,298	
	Hayır	7	14,0				
Evde Hiç Kullanılmamış/ Yarım Kalmış İlaç Miktarı	Hiç Yok	8	16,0	12	24,0	$\chi^2=1,879$ p=0,598	
	1-5 Kutu	24	48,0	18	36,0		
	6-10 Kutu	8	16,0	10	20,0		
	10 Kutudan Fazla	10	20,0	10	20,0		
Fazla Olan İlaçların Durumu	Gerektiği Zaman Üzere	12	24,0	24	48,0	$\chi^2=15,246$ p=0,002**	
	Saklarım	20	40,0	13	26,0		
	Sağlık Kuruluşuna/ Eczaneye Veririm Çöpe Atarım	18	36,0	13	26,0		
Reçeteli İlaçların Kullanım Süresi	İlaç Bitene Kadar Kullanırım	16	32,0	19	38,0	$\chi^2=0,819$ p=0,664	
	Şikayetim Geçene Kadar Kullanırım	17	34,0	18	36,0		
	Doktor/Eczacı Önerdiği Sürece Kullanırım	17	34,0	13	26,0		
İlacın Etkileri Karşılaşılması	Yan ile	Doktora / Eczacıya Başvururum	37	74,0	35	70,0	$\chi^2=5,000$ p=0,172
		Kendim Çözerim/ Hiçbir Şey Yapmam	13	26,0	15	30,0	
Reklamı Yapılan Ürünleri Tedavi Amacıyla Kullanma	Kullanırım	10	20,0	8	16,0	$\chi^2=0,334$ p=0,846	
	Kullanmam	40	80,0	42	84,0		

Not: Ki-Kare testi kullanıldı. **p<0,01.

İlaçlarını düzenli kullanma durumu girişim grubu için %72,0 evet, %4,0 hayır ve %24,0 kısmen; kontrol grubu için %78,0 evet, %8,0 hayır ve %14,0 kısmen olarak bulundu. İki grup arasında ilaçlarını düzenli kullanma durumu açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 6.1.4).

İlaçlarını kullanmayı unutma durumu girişim grubu için %46,0 evet ve %54,0 hayır; kontrol grubu için %46,0 evet ve %54,0 hayır olarak bulundu. İki grup arasında

ilaçlarını kullanmayı unutma durumu açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.4).

Reçetesiz eczaneden ilaç alma durumu girişim grubu için %38,0 evet ve %62,0 hayır; kontrol grubu için %14,0 evet ve %86,0 hayır olarak bulundu. İki grup arasında reçetesiz eczaneden ilaç alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$), (Tablo 6.1.4).

Hipertansiyonlu hastaların komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu girişim grubu için %26,0 evet ve %74,0 hayır; kontrol grubu için %12,0 evet ve %88,0 hayır olarak bulundu. İki grup arasında komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.4).

Her evde mutlaka olması gereken ilaç durumu girişim grubu için %86,0 evet ve %14,0 hayır; kontrol grubu için %78,0 evet ve %22,0 hayır olarak bulundu. İki grup arasında her evde mutlaka olması gereken ilaç durumu açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.5).

Evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı girişim grubu için %16,0 hiç yok, %48,0 1-5 kutu, %16,0 6-10 kutu ve %20,0 10 kutudan fazla; kontrol grubu için %24,0 hiç yok, %36,0 1-5 kutu, %20,0 6-10 kutu ve %20,0 10 kutudan fazla olarak bulundu. İki grup arasında evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.5).

Fazla olan ilaçları ne yaparsınız sorusuna girişim grubunda %24,0 “gerektiği zaman kullanmak üzere saklarım”, %40,0 “sağlık kuruluşuna/ eczaneye veririm”, ve %36,0 “çöpe atarım”; kontrol grubunda %48,0 “gerektiği zaman kullanmak üzere saklarım”, %26,0 “sağlık kuruluşuna/ eczaneye veririm” ve %26,0 “çöpe atarım” cevapları verildi. İki grup arasında fazla olan ilaçların durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$), (Tablo 6.1.5).

Reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından girişim grubu için %32,0 “ilaç bitene kadar kullanırım”, %34,0 “şikayetim geçene kadar kullanırım” ve %34,0 “doktor/eczacı önerdiği sürece kullanırım”; kontrol grubu için %38,0 “ilaç bitene kadar kullanırım”, %36,0 “şikayetim geçene kadar kullanırım” ve %26,0 “doktor/eczacı önerdiği sürece kullanırım” olarak bulundu. İki grup arasında reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.5).

İlacın yan etkileri ile karşılaşılması durumunda yapılacaklar ile ilgili girişim grubu için %74,0 “doktora/ eczacıya başvururum” ve %26,0 “kendim çözerim/ hiçbir şey yapmam”; kontrol grubu için %70,0 “doktora/ eczacıya başvururum” ve %30,0

“kendim çözerim/ hiçbir şey yapmam” yanıtları alındı. İki grup arasında yan etkileri ile karşılaştırılması durumunda yapılacaklar açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.5).

Reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma açısından girişim grubu için %20,0 “kullanırım” ve %80,0 “kullanmam”; kontrol grubu için %16,0 “kullanırım” ve %84,0 “kullanmam” yanıtları alındı. İki grup arasında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.5).

6.2. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLAR

İlk görüşme ve ikinci görüşmede Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.2.1’de gösterildi.

Tablo 6.2.1. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam Puanı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Anlamlılık
AİKÖ Toplam Puanı	Girişim Grubu	43,84±11,85	50,70±7,82	Z=-5,719 p=0,000***
	Kontrol Grubu	44,44±11,83	44,52±11,72	Z=-1,414 p=0,157
Anlamlılık		U=1218,50 Z=-0,217 p=0,828	U=849,00 Z=-2,767 p=0,006**	

Not: Wilcoxon Signed Ranks ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. **p<0,01, ***p<0,001.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında; AİKÖ toplam puanı açısından kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.2.1).

İlk görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında AİKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p>0,05$), ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında AİKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.2.1).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede AİKÖ alt boyut puanları açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.2.2’de gösterildi.

Tablo 6.2.2. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Alt Boyut Puanları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

AIKÖ Alt Boyutları		İlk Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Anlamlılık
Davranışsal İnançlar	Girişim Grubu	12,50±3,28	13,68±2,20	Z=-3,543 p=0,000***
	Kontrol Grubu	12,22±3,62	12,26±3,61	Z=-1,000 p=0,317
	Anlamlılık	U=1205,00 Z=-0,311 p=0,755	U=960,00 Z=-2,009 p=0,044*	
Kontrol İnançları	Girişim Grubu	9,78±2,84	10,48±2,04	Z=-2,979 p=0,003**
	Kontrol Grubu	9,66±2,96	9,62±3,00	Z=-1,414 p=0,157
	Anlamlılık	U=1064,50 Z=-1,291 p=0,197	U=1110,50 Z=-0,969 p=0,332	
Tutum	Girişim Grubu	3,50±2,70	4,80±2,28	Z=-4,417 p=0,000***
	Kontrol Grubu	3,64±2,17	3,66±2,14	Z=-1,000 p=0,317
	Anlamlılık	U=1147,50 Z=-0,712 p=0,476	U=924,50 Z=-2,266 p=0,023*	
Subjektif Norm	Girişim Grubu	2,78±1,26	2,98±1,02	Z=-2,887 p=0,004**
	Kontrol Grubu	2,76±1,30	2,76±1,30	Z=0,000 p=1,000
	Anlamlılık	U=1247,50 Z=-0,018 p=0,985	U=1172,50 Z=-0,565 p=0,572	
Niyet	Girişim Grubu	6,56±1,97	7,72±1,26	Z=-4,101 p=0,000***
	Kontrol Grubu	6,96±1,85	7,02±1,76	Z=-1,732 p=0,083
	Anlamlılık	U=1106,00 Z=-1,006 p=0,315	U=940,00 Z=-2,175 p=0,030*	
Bilgi	Girişim Grubu	8,72±3,51	11,04±2,15	Z=-4,719 p=0,000***
	Kontrol Grubu	9,16±3,68	9,20±3,65	Z=-1,414 p=0,157
	Anlamlılık	U=1151,00 Z=-0,685 p=0,493	U=898,50 Z=-2,439 p=0,015*	

Not: Wilcoxon Signed Ranks testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında Davranışsal İnançlar alt boyut puanı açısından kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda anlamlı fark bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme Davranışsal İnançlar alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark yokken ($p>0,05$), ikinci görüşmede Davranışsal İnançlar alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında Kontrol İnançlar alt boyut puanı açısından kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede Kontrol İnançları alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında Tutum alt boyut puanı açısından kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda anlamlı fark bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşmede Tutum alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede Tutum alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında Subjektif Norm alt boyut puanı açısından kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede Subjektif Norm alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında Niyet alt boyut puanı açısından kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda anlamlı fark bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşmede Niyet alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında Bilgi alt boyut puanı açısından kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda anlamlı fark bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.2.2).

İlk görüşmede Bilgi alt boyut puanı açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.2.2).

6.3. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (YSOÖ) TOPLAM PUANI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLAR

İlk görüşme ve ikinci görüşmede YSOÖ toplam puanı açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.3.1’de gösterildi.

Tablo 6.3.1. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Anlamlılık
YSOÖ Toplam Puanı	Girişim Grubu	9,12±4,67	13,28±4,10	Z=-6,240 p=0,000***
	Kontrol Grubu	10,18±5,08	10,26±4,94	Z=-1,633 p=0,102
Anlamlılık		U=1104,00 Z=-1,009 p=0,313	U=799,00 Z=-3,113 p=0,002**	

Not: Wilcoxon Signed Ranks testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. ** $p<0,01$
*** $p<0,001$.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında kontrol grubunda YSOÖ toplam puanı açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.3.1).

Girişim ve kontrol grupları arasında ilk görüşme YSOÖ toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede girişim ve kontrol grupları arasında YSOÖ toplam puanları açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.3.1).

6.4. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE, HİPERTANSİYONLA İLGİLİ DEĞİŞKENLER İLE İLAÇ KULLANIM DURUMUNA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN GRUP İÇİ VE GRUPLAR ARASI FARKLAR

İlk görüşme ve ikinci görüşmede kan basınçları açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.1’de gösterildi.

Tablo 6.4.1 İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Kan Basınçları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme Ort±SS	İkinci Görüşme Ort±SS	Anlamlılık
Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg)	Girişim Grubu	127,72±23,44	124,90±10,52	Z=-2,130 p=0,033*
	Kontrol Grubu	130,00±15,11	131,20±14,37	Z=-1,857 p=0,063
	Anlamlılık	U=1148,00 Z=-0,720 p=0,471	U=870,50 Z=-2,727 p=0,006**	
Diastolik Kan Basıncı (mm/Hg)	Girişim Grubu	83,30±9,82	80,50±6,64	Z=-3,482
	Kontrol Grubu	82,40±8,52	82,30±8,15	p=0,000*** Z=-0,577 p=0,564
	Anlamlılık	U=1239,00 Z=-0,080 p=0,936	U=1069,50 Z=-1,336 p=0,181	

Not: Wilcoxon Signed Ranks testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim grubunda SKB ve DKB açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05 ve p<0,001), (Tablo 6.4.1). İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında kontrol grubunda SKB ve DKB açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 6.4.1).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede ödem varlığı açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.2’de gösterildi.

Tablo 6.4.2. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Ödem Varlığı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
		Girişim Grubu				
Tibial ödem	Yok	41	82,0	44	88,0	p=0,375
	Var	9	18,0	6	12,0	
		Kontrol Grubu				
		42	84,0	40	80,0	p=0,500
		8	16,0	10	20,0	
Anlamlılık		$\chi^2=0,071$ p=0,790		$\chi^2=1,190$ p=0,275		

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda tibial ödem varlığı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında tibial ödem varlığı açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.2).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede tuz kısıtlaması açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.3’de gösterildi.

Tablo 6.4.3. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Tuz Kısıtlaması Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
		Girişim Grubu				
Tuz Kısıtlaması	Evet	19	38,0	32	64,0	p=0,000***
	Hayır	31	62,0	18	36,0	
		Kontrol Grubu				
		22	44,0	25	50,0	p=0,250
		28	56,0	25	50,0	
Anlamlılık		$\chi^2=5,372$ p=0,542		$\chi^2=1,999$ p=0,157		

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı. *** $p<0,001$.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim grubunda tuz kısıtlaması açısından anlamlı fark saptanırken ($p<0,001$), kontrol grubunda tuz kısıtlaması açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.3).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında tuz kısıtlaması açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.3).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede diyet yapma açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.4’de gösterildi.

Tablo 6.4.4. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Diyet Yapma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
		Girişim Grubu					
Diyet Yapma	Evet	13	26,0	25	50,0	$\chi^2=6,877$ $p=0,032^*$	
	Hayır	16	32,0	8	16,0		
	Bazen	21	42,0	17	34,0		
		Kontrol Grubu					
		Evet	15	30,0	15	30,0	$\chi^2=0,059$ $p=0,971$
		Hayır	15	30,0	14	28,0	
		Bazen	20	40,0	21	42,0	
		Anlamlılık	$\chi^2=0,200$ $p=0,905$		$\chi^2=4,557$ $p=0,102$		

Not: Ki-Kare testi kullanıldı. * $p<0,05$.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim grubunda diyet yapma açısından anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$), kontrol grubunda diyet yapma açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.4).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında diyet yapma açısından anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$), (Tablo 6.4.4).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede egzersiz durumu açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.5’de gösterildi.

Tablo 6.4.5. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Egzersiz Durumu Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
Egzersiz durumu	Girişim Grubu						
		Evet	5	10,0	5	10,0	$\chi^2=0,062$ p=0,969
		Hayır	35	70,0	34	68,0	
		Bazen	10	20,0	11	0,0	
		Kontrol Grubu					
		Evet	6	12,0	7	14,0	$\chi^2=0,103$ p=0,950
	Hayır	24	48,0	24	48,0		
	Bazen	20	40,0	19	38,0		
	Anlamlılık	$\chi^2=5,475$ p=0,065		$\chi^2=4,191$ p=0,123			

Not: Ki-Kare testi kullanıldı.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda egzersiz durumu açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.5).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında egzersiz durumu açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.5).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede ilaçları düzenli kullanma açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.6'de gösterildi.

Tablo 6.4.6. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede İlaçları Düzenli Kullanma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
İlaçları Düzenli Kullanma	Girişim Grubu						
		Evet	36	72,0	45	90,0	p=0,004**
		Hayır	14	28,0	5	10,0	
		Kontrol Grubu					
		Evet	39	78,0	39	78,0	p=1,000
		Hayır	11	22,0	11	22,0	
	Anlamlılık	$\chi^2=1,480$ p=0,488		$\chi^2=1,772$ p=0,183			

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı. **p<0,01.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında kontrol grubunda ilaçları düzenli kullanma açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda ilaçları düzenli kullanma açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.4.6).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında ilaçları düzenli kullanma açısından anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$), (Tablo 6.4.6).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede ilaçları kullanmayı unutma açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.7'de gösterildi.

Tablo 6.4.7. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede İlaçları Kullanmayı Unutma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
İlaçları Kullanmayı Unutma	Girişim Grubu					
	Evet	23	46,0	19	38,0	p=0,341
	Hayır	27	54,0	31	62,0	
	Kontrol Grubu					
	Evet	23	46,0	20	40,0	p=0,410
	Hayır	27	54,0	30	60,0	
Anlamlılık		$\chi^2=0,000$ p=1,000		$\chi^2=0,042$ p=0,838		

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda ilaçları kullanmayı unutma açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.7).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında ilaçları kullanmayı unutma açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.7).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede reçetesiz eczaneden ilaç alma açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.8'de gösterildi.

Tablo 6.4.8. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Reçetesiz Eczaneden İlaç Alma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Reçetesiz Eczaneden İlaç Alma	Girişim Grubu					
	Evet	19	38,0	9	18,0	p=0,002**
	Hayır	31	62,0	41	82,0	
	Kontrol Grubu					
	Evet	7	14,0	8	16,0	p=1,000
	Hayır	43	86,0	42	84,0	
	Anlamlılık	$\chi^2=7,484$ p=0,006**		$\chi^2=0,071$ p=0,790		

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı. **p<0,01.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında kontrol grubunda reçetesiz eczaneden ilaç alma açısından anlamlı fark saptanmazken (p>0,05), girişim grubunda reçetesiz eczaneden ilaç alma açısından anlamlı fark bulundu (p<0,01), (Tablo 6.4.8).

İlk görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında reçetesiz eczaneden ilaç alma açısından anlamlı fark bulunurken (p<0,01), ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında reçetesiz eczaneden ilaç alma açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 6.4.8).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.9'de gösterildi.

Tablo 6.4.9. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Komşuların/ Yakınların Tavsiyesi ile İlaç Kullanma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
Komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma	Girişim Grubu						
		Evet	13	26,0	5	10,0	p=0,008**
		Hayır	37	74,0	45	90,0	
	Kontrol Grubu						
		Evet	6	12,0	6	12,0	p=1,000
		Hayır	44	88,0	44	88,0	
Anlamlılık		$\chi^2=3,184$ p=0,074		$\chi^2=0,102$ p=0,749			

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı. **p<0,01.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında kontrol grubunda komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma açısından anlamlı fark saptandı ($p<0,01$), (Tablo 6.4.9).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.9).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede her evde mutlaka olması gereken ilaç açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.10'de gösterildi.

Tablo 6.4.10. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Her Evde Mutlaka Olması Gereken İlaç Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
		Girişim Grubu				
Her Evde Mutlaka Olması Gereken İlaç Var mıdır?	Evet	43	86,0	40	80,0	p=0,250
	Hayır	7	14,0	10	20,0	
		Kontrol Grubu				
	Evet	39	78,0	41	82,0	p=0,500
	Hayır	11	22,0	9	18,0	
		Anlamlılık				
		$\chi^2=1,084$ p=0,298		$\chi^2=0,065$ p=0,799		

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda her evde mutlaka olması gereken ilaç açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.10).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında her evde mutlaka olması gereken ilaç açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.10).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.11’de gösterildi.

Tablo 6.4.11. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Evde Hiç Kullanılmamış/ Yarım Kalmış İlaç Miktarı Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Evde Hiç Kullanılmamış/ Yarım Kalmış İlaç Miktarı	Girişim Grubu					
	Hiç Yok	8	16,0	15	30,0	$\chi^2=7,282$ $p=0,063$
	1-5 Kutu	24	48,0	28	56,0	
	6-10 Kutu	8	16,0	3	6,0	
	10 Kutudan Fazla	10	20,0	4	8,0	
Kontrol Grubu						
	Hiç Yok	12	24,0	13	26,0	$\chi^2=0,169$ $p=0,982$
	1-5 Kutu	18	36,0	17	34,0	
	6-10 Kutu	10	20,0	11	22,0	
	10 Kutudan Fazla	10	20,0	9	18,0	
	Anlamlılık	$\chi^2=1,879$ $p=0,598$		$\chi^2=9,326$ $p=0,025^*$		

Not: Ki-Kare testi kullanıldı. * $p<0,05$.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.11).

İlk görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı açısından anlamlı fark saptandı ($p<0,05$), (Tablo 6.4.11).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede fazla olan ilaçların durumu açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.12'de gösterildi.

Tablo 6.4.12. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Fazla Olan İlaçların Durumu Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
Fazla Olan İlaçların Durumu	Girişim Grubu						
	Gerektiği Zaman Kullanmak Üzere Saklarım	Zaman Üzere	12	24,0	10	20,0	$\chi^2=2,715$ $p=0,257$
		Sağlık Kuruluşuna/ Eczaneye Veririm	20	40,0	28	56,0	
		Çöpe Atarım	18	36,0	12	24,0	
	Kontrol Grubu						
	Gerektiği Zaman Kullanmak Üzere Saklarım	Zaman Üzere	24	48,0	23	46,0	$\chi^2=0,204$ $p=0,903$
		Sağlık Kuruluşuna/ Eczaneye veririm	13	26,0	15	30,0	
Çöpe Atarım		13	26,0	12	24,0		
Anlamlılık		$\chi^2=6,291$ $p=0,043^*$		$\chi^2=9,051$ $p=0,011^*$			

Not: Ki-Kare testi kullanıldı. * $p<0,05$.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda fazla olan ilaçların durumu açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.12).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında fazla olan ilaçların durumu açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.4.12).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.13'de gösterildi.

Tablo 6.4.13. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Reçeteli İlaçların Kullanım Süresi Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık	
		n	%	n	%		
Reçeteli İlaçların Kullanım Süresi	Girişim Grubu						
	İlaç Bitene Kadar Kullanırım	16	32,0	13	26,0	$\chi^2=3,480$ $p=0,176$	
	Şikayetim Geçene Kadar Kullanırım	17	34,0	11	22,0		
	Doktor/Eczacı Önerdiği Sürece Kullanırım	17	34,0	26	52,0		
		Kontrol Grubu					
	İlaç Bitene Kadar Kullanırım	19	38,0	19	38,0	$\chi^2=0,000$ $p=0,1000$	
Şikayetim Geçene Kadar Kullanırım	18	36,0	18	36,0			
Doktor/Eczacı Önerdiği Sürece Kullanırım	13	26,0	13	26,0			
	Anlamlılık	$\chi^2=0,819$ $p=0,664$		$\chi^2=7,148$ $p=0,028^*$			

Not: Ki-Kare testi kullanıldı. * $p<0,05$.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.13).

İlk görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.4.13).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede ilacın yan etkileri ile karşılaşma durumunda yapılacaklar açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.14'de gösterildi.

Tablo 6.4.14. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede İlacın Yan Etkileri ile Karşılaşma Durumunda Yapılacaklar Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
İlacın Yan Etkileri ile Karşılaşma Durumu	Girişim Grubu					
	Doktora/Eczacıya Başvururum	37	74,0	42	84,0	p=0,63
	Kendim Çözerim/Hiçbir Şey Yapmam	13	26,0	8	16,0	
	Kontrol Grubu					
Doktora/ Eczacıya Başvururum	35	70,0	35	70,0	p=1,000	
Kendim Çözerim/Hiçbir Şey Yapmam	15	30,0	15	30,0		
Anlamlılık						
	$\chi^2=0,198$ p=0,656		$\chi^2=2,767$ p=0,096			

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda ilacın yan etkileri ile karşılaşma durumunda yapılacaklar açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.14).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında ilacın yan etkileri ile karşılaşma durumunda yapılacaklar açısından anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$), (Tablo 6.4.14).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.4.15’de gösterildi.

Tablo 6.4.15. İlk Görüşme ve İkinci Görüşmede Reklamı Yapılan Ürünleri Tedavi Amacıyla Kullanma Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar

		İlk Görüşme		İkinci Görüşme		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Reklamı Yapılan Ürünleri Tedavi Amacıyla Kullanma	Girişim Grubu					
	Kullanırım	10	20,0	6	12,0	p=0,12
	Kullanmam	40	80,0	44	88,0	
	Kontrol Grubu					
Kullanırım	8	16,0	8	16,0	p=1,000	
Kullanmam	42	84,0	42	84,0		
Anlamlılık		$\chi^2=0,271$ p=0,603		$\chi^2=0,332$ p=0,564		

Not: Ki-Kare testi ve McNemar testi kullanıldı.

İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.15).

İlk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.15).

7. TARTIŞMA

Araştırma sonuçları bulgulara paralel olarak dört başlık altında tartışıldı.

7.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE, HASTALIK DURUMUNA VE İLAÇ KULLANIMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hipertansiyonun görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (Altun ve ark. 2005; Sözen ve ark. 2015; Anker ve ark. 2018). Bu araştırmada hastaların yaş ortalaması girişim grubu için $55,38 \pm 7,07$ yıl, kontrol grubu için $55,12 \pm 6,88$ yıl olup, yaş açısından iki grup arasında fark yoktur. Grupların yaş ortalaması açısından bezer olması hastaların homojen dağıldığını göstermekte olup bu durum verdiğimiz eğitimin etkinliğini değerlendirmek açısından önemlidir.

İran'da kırsal bir sağlık merkezine başvuran hastalarda hipertansiyon tedavisi, kontrolü ve takibi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada yaş ortalaması $55,7 \pm 9,9$ yıl olarak bulunmuştur (Darvishpour ve ark. 2016). Ülkemizde hipertansiyonlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin, uygulanan vaka yönetiminin tedaviye uyuma, kronik hastalıkla baş etmeye ve metabolik değişkenlere etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan benzer bir çalışmada hastaların yaş ortalaması deney grubunda $54,50 \pm 11,14$ yıl ve kontrol grubunda $51,83 \pm 10,29$ yıl olarak belirlenmiştir (Özpancar 2013). Yapılan başka bir araştırmada yaş ortalaması eğitim grubu için $57,90 \pm 15,12$ yıl, kontrol grubu için ise $58,58 \pm 17,17$ yıldır ve iki grup arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Erciyes ve Pakyüz 2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalaması $52,16 \pm 14,88$ yıl olarak belirtilmiştir (Erci ve ark. 2018). Birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada hipertansiyon tanısı alan hastaların yaş ortalaması $55,9 \pm 13,0$ yıl bulunmuştur (Kılıç 2013). Hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması ile ilgili bulgumuz yapılan diğer çalışma bulgularına benzerdir.

PATENT-1 ve PATENT-2 çalışmalarında hipertansiyonlu kadın hastaların oranı erkek hastalardan yüksek olduğu bildirilmiştir

(http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf, Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2017; http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, Erişim tarihi: 22 Temmuz 2017). TEKHARF çalışması 2009-2014 yılı verilerine göre, kırk yaş ve üzerindeki 2349 katılımcıda ülkemizde hipertansiyon sıklığı kadınlarda %63,5, erkeklerde %53,4 olarak bulunmuştur (Onat 2017). Ülkemizde yapılan çalışmalarda; hipertansiyonlu hastaların çoğunluğu (Erkek ve ark. 2006; Kara ve ark. 2009; Uzun ve ark. 2009; Kılıç 2013; Tokem ve ark. 2013; Vatansever ve Ünsal 2014; Sözmen ve ark. 2015; Kılıç ve Uzunçakmak 2016; Onat 2017; Teke ve Arslan 2018) kadınlardan oluşmaktadır. Yurt içi ve yurt dışı yapılan benzer çalışmalarda da hipertansiyonlu kadın hastaların oranı erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Erkek ve ark. 2006; Da Costa et al 2007; Irmak ve ark. 2007; Erciyes ve Pakyüz 2014; Sözmen ve ark. 2015; Darvishpour ve ark. 2016). Türkiye’de kardiyovasküler risk faktörlerinin son durumu ve yıllar içindeki değişimini değerlendirmek amacıyla yapılan metaanaliz çalışmasında hipertansiyon prevalansı kadınlarda %36,0 (%95 GA 32.2–39.9), erkeklerde ise %30,0 (%95 GA 28.0–32.0) olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında her iki grupta da hipertansiyonlu kadın hastaların oranının daha yüksek olduğu görüldü. Bu bulguya göre, hemşireler, kadın ve orta yaş hastalarda kan basıncı takibi ve hipertansiyon izlemleri konusunda daha dikkatli bir tutum sergilemelidir.

Hipertansiyonlu hastalar ile ilgili yapılan araştırmalarda, hastaların %78,7- %90,9’ unun evli olduğu belirtilmiştir (Kara ve ark. 2009; Mert ve ark. 2011; Darvishpour ve ark. 2016; Teke ve Arslan 2018). Yaptığımız araştırmada da girişim ve kontrol grubundaki hastaların %92’si evli olup her iki grupta da medeni durum benzerdir. Bu durum verdiğimiz eğitimin etkinliğini değerlendirmek için önemlidir.

Yapılan araştırmalarda, hipertansiyonu olan hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir (Cingil ve ark. 2009; Kara ve ark. 2009; Kılıç 2013; Özpancar 2013; Darvishpour ve ark. 2016; Kılıç ve Uzunçakmak 2016). Başka bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların %64,8’inin okuryazar-ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Gün ve Korkmaz 2014). Araştırmamızda, literatüre paralel olarak girişim ve kontrol grubunda ilköğretim mezunu olan hastaların oranlarının çoğunlukta olduğu bulundu. Ayrıca her iki grup arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark saptanmadı. Bu durum verdiğimiz eğitimin etkinliğini değerlendirmek için önem arz etmektedir.

Yapılan bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların %55,7'sinin ev hanımı, %33,3'nün emekli ve %0,6'sının diğer meslekten olduğu belirtilmiştir (Gün ve Korkmaz 2014). Yaptığımız araştırmada her iki grupta da hastaların çoğunluğunun ev hanımı veya emekli olup çalışmadığı bulundu. Ayrıca her iki grup arasında meslek açasından anlamlı fark saptanmadı. Bu durum verdiğimiz eğitimin etkinliğini değerlendirmek için önem taşımaktadır.

Buna göre; yaptığımız çalışmada demografik özellikler açasından iki grup arasında fark olmaması nedeniyle grupların homojen dağıldığı söylenebilir. Grupların homojen dağılması eğitimin etkinliğini gösterme açasından önemlidir.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların %70,5'i hipertansiyon dışında başka bir hastalığının olduğunu belirtmişlerdir (Mert ve ark. 2011). Yapılan başka bir araştırmada katılımcıların %54,5'i hipertansiyona eşlik eden hastalıklarının mevcut olduğunu ifade etmişlerdir (Gün ve Korkmaz 2014). Yapılan diğer araştırmalarda; hipertansiyonun yanı sıra hastalar %28,6 diyabet, %12,5 koroner kalp hastalığı olduğunu (Tokem ve ark. 2013), %72,3 eşlik eden başka bir kronik hastalığının olduğunu ve kronik hastalıklardan %39,2'sinin diyabet olduğunu bildirmiştir (Teke ve Arslan 2018). Yaptığımız araştırmada hipertansiyona eşlik eden hastalık olarak girişim ve kontrol grubunda diyabet ve kalp hastalığı yüksek oranda bulundu. Ayrıca iki grup arasında eşlik eden hastalık durumu açasından anlamlı fark saptanmadı.

Ailesinde hipertansiyon öyküsü bildirilen bireyler risk altında bulunmaktadır (Çakırcalı 2013; Nandhini 2014). Yapılan bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların %60,0'mın aile geçmişinde hipertansiyon öyküsü olup, hipertansiyonun, aile öyküsü ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Costa ve ark. 2007). Yapılan başka bir araştırmada; bireylerin %42,9'unun evinde hipertansiyonlu hasta olduğu bildirilmiştir (Oskay ve ark. 2010). Yapılan diğer bir araştırmada; ailesinde hipertansiyon öyküsü olan hipertansiyonlu hastaların deney grubunda %66,7, kontrol grubunda %70,0 olduğu tespit edilmiştir (Özpancar 2013). Araştırmamızda hipertansiyonlu hastaların ailesinde hipertansiyon olma durumu girişim grubu için %62,0, kontrol grubu için %70,0 olarak bulundu. İki grup arasında ailede hipertansiyon olma durumu açasından anlamlı fark saptanmadı. Araştırma sonuçlarımız literatür bilgilerine benzer bulunmuştur.

Ülkemizde esansiyel hipertansiyonlu hastalarda yapılan araştırmada hastaların tedavi süresinin 11,7'sinin 1 ay- 1 yıl arasında, %55,3'ünün 1-5 yıl arasında, 14,7'sinin 6-10 yıl arası ve %18,3'ünün 16 yıl ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (Erci ve ark.

2018). Hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumlarının incelendiği bir araştırmada hastaların hipertansiyon süresinin %22,0'sin <5 yıl ve %78,0'inin ≥5 yıl olduğu tespit edilmiştir (Mert ve ark. 2011). Başka bir araştırmada hipertansiyon tanı süresi açısından deney grubu (7.06±5.89 yıl) ile kontrol grubu (8.00±5.85 yıl) arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Özpancar 2013). Yapılan başka bir araştırmada ise; ortalama hipertansiyon süresi 6,3±5,7 yıl olarak belirtilmiştir (Cingil ve ark. 2009). Araştırmamızda hipertansiyonlu hastaların hipertansiyon süresi girişim grubu için %10,0 bir yıldan az, %54,0 1-5 yıl, %16,0 6-10 yıl ve %20,0 11 yıl ve üzeri; kontrol grubu için %12,0 bir yıldan az, %32,0 1-5 yıl, %22,0 6-10 yıl ve %34,0 11 yıl ve üzeri olarak bulundu. İki grup arasında hipertansiyon süresi açısından anlamlı fark bulunmadı. Buna göre; hipertansiyon tanı ve tedavi süresi yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir.

Hastaların düzenli sağlık kontrollerine gitmeme, önerilere uymama, ilacı bırakma vb. nedenlerle tedaviye uyumları zorlaşmaktadır (Üstü ve Uğurlu 2018). Yapılan bir çalışmada esansiyel hipertansiyonlu hastaların kan basıncı için %44,7'sinin üç aylık ara ile, %23,4'ünün altı ay aralıklarla kontrol yaptırdığı ve %23,4'ünün ise kontrol yaptırmadığı belirtilmiştir (Erci ve ark. 2018). Yaptığımız araştırmada; hipertansiyonlu hastaların sağlık kontrollerine gitme sıklığı girişim grubu için %20,0 0-3 ayda bir, %14,0 4-12 ayda bir ve %66,0 şikayeti oldukça; kontrol grubu için %38,0 0-3 ayda bir, %8,0 4-12 ayda bir ve %54,0 şikayeti oldukça olarak saptandı. İki grup arasında sağlık kontrollerine gitme sıklığı benzer bulundu. Buna göre; hipertansiyonlu hastaların kan basıncı takibi ve sağlık kontrollerine gitme konusunda yeretsiz kaldıkları ve bu konuda bilgiye ihtiyaç duydukları düşünülmektedir.

Sigara kullanan hipertansiyonlu hastaların günlük kan basıncı değerleri sigara kullanmayanlara göre daha yüksek seyretmektedir (Mancia ve ark. 2013). Hipertansiyon ile ilişkili risk faktörlerinin dağılımı açısından yapılan bir araştırmada, hastaların sigara içme oranı %30 olarak saptanmıştır (Costa ve ark. 2007). Hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumlarının incelendiği bir araştırmada %84,6'sının sigara kullanmadığı bildirilmiştir (Mert ve ark. 2011). Yapılan başka bir araştırmada esansiyel hipertansiyon hastalarının deney grubu için %10'unun kontrol grubu için %16,7'sinin sigara kullandığı tespit edilmiştir (Özpancar 2013). Araştırmamızda hipertansiyonlu hastaların sigara kullanımı girişim grubu için %16,0 evet, %68,0 hayır ve %16,0 bıraktım; kontrol grubu için %14,0 evet, %72,0 hayır ve %14,0 bıraktım olarak bulundu. İki grup sigara kullanımı açısından benzerdir.

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na (2018) göre; sigara kullanan tüm bireylere sigarayı bırakmaları önerilmeli ve bu konuda destek olunmalıdır (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf).

Alkol kullanımı hipertansiyon prevalansını artırmakla beraber, antihipertansif tedavinin etkisini de azaltmaktadır (Ekim 2018). 2018 Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda alkol kullanımı en fazla erkeklerde günde 20-30 gr ve kadınlarda 10-20 gr olacak şekilde azaltılması tavsiye edilmektedir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Yapılan bir araştırmada esansiyel hipertansiyonu olan hastaların alkol kullanımı deney grubu için %10 evet ve %10 nadiren; kontrol grubu için %3,3 evet ve %10 nadiren olarak tespit edilmiştir (Özpancar 2013). Başka bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların %90,1'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Mert ve ark. 2011). Yaptığımız araştırmada hipertansiyonlu hastaların alkol kullanımı girişim grubu için %6,0 evet, %90,0 hayır ve %4,0 bıraktım; kontrol grubu için %98,0 hayır ve %2,0 bıraktım olarak bulundu. İki grup alkol kullanımı açısından benzerdir. Hipertansiyonlu hastaların alkol kullanma açısından elde ettiğimiz sonuçlar literatür sonuçları ile benzerdir.

Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması'nda (2008) hipertansiyonlu hastalarda kullanılan antihipertansif ilaç grupları %16,3 ARB, %16,1 Ca kanal blokleri, %13,7 ACE,%12 Beta bloker, %10,5 ACE+Diüretik ve %9,3 diüretik olarak tespit edilmiştir (<http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/insidans160608.pdf>). ESC/ESH 2013 kılavuzunda hipertansiyonlu hastalarda kullanılmak üzere beş grup ilaç bildirilmiş ve herhangi bir grup için öncelik belirtilmemiştir (Mancia ve ark. 2013; Dönmez ve ark. 2015). İsviçre'de yapılan bir araştırmada, antihipertansif ilaç tedavisinde ARB'lerin en sık reçete edilen ilaç olduğu bildirilmiştir (Christe ve ark. 2014). Ülkemizde yapılan bir araştırmada hastaların kullandıkları antihipertansiflerin dağılımı %24,3 diüretik, %20,8 ARB, %16 beta bloker, %14,7 Ca Kanal blokleri, %14 ACE inhibitörü ve %3,4 alfa bloker olarak saptanmıştır (Özkara ve ark. 2008). Başka bir araştırmaya göre hipertansiyonlu hastalarda kullanılan ilaç grubu %43,3 ACE, %30,7 beta bloker ve %26,0 diüretik olarak belirtilmiştir (Karadağ ve ark. 2012). Araştırmamızda kullanılan antihipertansif ilaçların girişim grubu için %22,0 ACE inhibitörü, %14,0 ARB, %14,0 Ca kanal blokleri, %12,0 beta bloker, %18,0 ARB+Diüretik, %14,0 ARB+Ca Kanal Blokleri ve %6,0 diüretik; kontrol grubu için %24,0 ACE inhibitörü, %18,0 ARB,

%6,0 Ca kanal blokeri, %14,0 beta bloker, %28,0 ARB+Diüretik ve %10,0 ARB+Ca Kanal Blokeri olduğu belirlendi. Kullanılan antihipertansif ilaçlar açısından iki grup benzerdir.

Yaptığımız araştırmada hipertansiyonun günlük yaşamı etkileme durumu girişim grubu için %22,0 etkilemiyor, %42,0 biraz etkiliyor, %30,0 orta derece etkiliyor ve %6,0 çok fazla etkiliyor; kontrol grubu için %28,0 etkilemiyor, %36,0 biraz etkiliyor, %34,0 orta derece etkiliyor ve %2,0 çok fazla etkiliyor olarak bulundu. Hipertansiyonun günlük yaşamı etkileme durumu açısından iki grup benzer bulundu. Bu sonuç, hastaların araştırmaya katılımının sağlanması ve eğitimin etkinliğini gösterme açısından önemlidir.

7.2. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLARIN TARTIŞILMASI

Literatürde, akılcı ilaç kullanımına yönelik ölçekle yapılmış herhangi bir araştırmaya rastlanmadı. Literatürde, hipertansiyonlu hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar bulunmaktadır.

Hastaların kararlı olarak kan basıncı kontrolünü sağlamaları ve ilaç tedavilerine uyumlu olmaları hipertansiyon yönetiminde başarı sağlayabilmektedir (Vatansever ve Ünsar 2014; Abegaz ve ark. 2017). Yapılan bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması 64.67±9.59 (min: 26,00, max: 78,00) (Tümer ve ark. 2016), başka bir araştırmada yaşlı hipertansiyonlu hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması 38,99±1,17 (min: 13,00, max: 52,00) olarak bulunmuştur (Kankaya ve ark. 2017). Diğer bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçek puan ortalamasını erkeklerde 63,9±11,3 ve kadınlarda 70,2±9,3 olarak saptanmıştır (Erci ve ark. 2018).

Çin’de yapılan bir araştırmada hastaların MMAS-8 ortalama skoru 6,7±1,4 (min:0, max:8) ve daha uzun süreli antihipertansif ilaç kullanan hastaların (10 yıldan fazla), daha kısa süreli kullanan (5 yıl veya daha az) hastalara göre daha iyi uyum gösterdikleri tespit edilmiştir (Lee ve ark. 2013). Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada hastaların ölçek puan ortalaması

4.66±2.23 saptanmış ve hastaların ilaç tedavisine uyma oranı yüksek (%86,8) bulunmuştur (Mert ve ark. 2011).

Literatürde, akılcı ilaç kullanımına yönelik ölçekle yapılmış herhangi bir araştırma bulunmadığı için bu çalışmada; önce Planlı Davranış Teorisi'ne göre AİKÖ geliştirildi ve sonra bu ölçek hipertansiyonlu hastalara uygulandı. İlk görüşmede; girişim grubu (43,84±11,85) ile kontrol grubunun (44,44±11,83) AİKÖ toplam puan ortalaması benzer bulundu. İkinci görüşmede; hipertansiyon hakkında eğitim verilen girişim grubunun AİKÖ'nin toplam puanının (50,70±7,82) kontrol grubu puanına (44,52±11,72) göre anlamlı olarak arttığı belirlendi. AİKÖ puan ortalaması açısından ilk görüşme ve ikinci görüşme arasında; kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken, girişim grubunda iki görüşme arasında anlamlı fark bulundu. Girişim grubu hastalarına hipertansiyon ile ilgili eğitim yapıldıktan sonra AİKÖ puanlarında anlamlı yükselme oldu. Buna göre; H₁ hipotezi doğrulanmaktadır. Hipertansiyon tanısı alan hastalarda akılcı ilaç kullanımını sağlamak için hemşire tarafından eğitim verilmesi önerilebilir.

Araştırmamızda, ilk görüşmede AİKÖ'nin Bilgi alt boyut puanlarının girişim ve kontrol gruplarında benzer olduğu, ancak ikinci görüşmede ise kontrol grubuna göre girişim grubunun Bilgi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. İlk ve ikinci görüşmedeki Bilgi alt boyut puanlarının kontrol grubunda değişmezken, girişim grubunda birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede Bilgi alt boyut puanının anlamlı olarak arttığı belirlendi. Buna göre; hipertansiyonlu hastaların bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve eğitim gereksinimlerinin olduğu söylenebilir. Hipertansiyon tanısı alan hastalarda akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgiyi arttırmak için hemşire tarafından eğitim verilmesi önerilebilir.

Oskay ve arkadaşları (2010) polikliniğe gelen hastalarının hipertansiyonla ilgili bazı konularda (hipertansiyonun sebepleri, hipertansiyon tedavisine yardımcı yaklaşımlar, hipertansiyon konusundaki bilgi kaynakları vb.) bilgi düzeyleri ve bilgi kaynaklarını inceleyen araştırmasında; hastaların hipertansiyonla ilgili bilgi düzeylerini düşük bulmuştur (Oskay ve ark. 2010).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Davranışsal İnançlar alt boyut puanlarının ilk görüşmede girişim ve kontrol grubunda benzer olduğu, ikinci görüşmede ise kontrol grubuna göre girişim grubunda Davranışsal İnançlar alt boyut puanlarının anlamlı olarak arttığı belirlendi. İlk görüşmede ve ikinci görüşmede, kontrol grubunda Davranışsal İnançlar alt boyut puanları değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Davranışsal İnançlar alt boyut puanlarının arttığı belirlendi.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Kontrol İnançlar alt boyut puanları ilk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubunda benzer bulundu. Ancak, kontrol grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Kontrol İnançlar alt boyut puanları değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Kontrol İnançlar alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Tutum alt boyut puanlarının girişim ve kontrol gruplarında ilk görüşmede benzer olduğu, ancak ikinci görüşmede kontrol grubuna göre girişim grubunun Tutum alt boyut puanlarının arttığı belirlendi. Kontrol grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Tutum alt boyut puanları değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Tutum alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Subjektif Norm alt boyut puanlarının girişim ve kontrol grubunda ilk görüşme ve ikinci görüşmede benzer olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmeden Subjektif Norm alt boyut puanları değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Subjektif Norm alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Niyet alt boyut puanlarının ilk görüşme kontrol ve girişim grubunda benzer olduğu, ikinci görüşmede ise kontrol grubuna göre girişim grubunda Niyet alt boyut puanlarının anlamlı olarak arttığı belirlendi. Kontrol grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Niyet alt boyut puanları değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede Niyet alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Buna göre; hipertansiyonlu hastalarda AIKÖ'nin Bilgi, Davranışsal İnançlar, Kontrol İnançları, Tutum, Subjektif Norm ve Niyet alt boyut puanlarının hemşire tarafından verilen eğitimle artırılabilceği söylenebilir.

7.3. İLK GÖRÜŞME VE İKİNCİ GÖRÜŞMEDE YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARI AÇISINDAN GRUPLAR ARASI VE GRUP İÇİ FARKLARIN TARTIŞILMASI

Sağlık okuryazarlığı, bireyin kan basıncını, tedaviye uyumunu ve hastalığın kendi kendine yönetimini kontrol altına almak için önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Yılmazel ve Çetinkaya 2017).

Yaptığımız araştırmada; ilk görüşmede girişim ve kontrol gruplarında YSOÖ toplam puanlarının benzer olduğu, ikinci görüşmede ise kontrol grubuna göre girişim grubunun YSOÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ilk görüşme ve ikinci görüşmedeki YSOÖ toplam puanları değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede YSOÖ toplam puanlarının arttığı belirlendi. Buna göre; H1 hipotezi kabul edilebilir. Hipertansiyonlu hastaların sağlığının geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların belirlenmesi ve uygun eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Sağlık okuryazarlığı ile yüksek kan basıncı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla hastanede yatan hastalara yönelik yapılan bir kohort çalışmasında, kan basıncı yüksek olan hastaların sağlık okuryazarlığı düşük bulunmuştur (McNaughton ve ark. 2014). ‘Yetişkinlerde işlevsel Sağlık Okuryazarlığının Kısa Testi’ (STOFHLA) ile yapılan bir araştırmada hipertansiyonlu hastaların Sağlık Okuryazarlığı leği ortalama puanı 68,7±16,4 bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı, hipertansiyonlu hastaların %28,4’unde yetersiz, %30,0’unda sınırdaki ve % 41,6’sında yeterli olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada sağlık okuryazarlığı yeterli olan hastaların hastalık tedavisi ve kontrolünde daha başarılı olduğu, ayrıca doktorlar ve sağlık personelinin eğitim sağlamada diğer bilgi kaynaklarından daha etkili olduğu bildirilmiştir (Darvishpour ve ark. 2016). Hipertansiyonlu hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık hizmetleri hakkındaki görüşleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan diğer bir araştırmada Sağlık Okuryazarlığı leği toplam puan ortalaması 29,1 (21,8-36,3) olarak saptanmıştır. Buna göre; hipertansiyonlu hastaların sağlık okuryazarlığının istendik düzeyde olmadığı, hastalık hakkında daha fazla eğitime gereksinimleri olduğu sylenbilir.

7.4. İLK GöRüşME VE İKİNCİ GöRüşMEDE HİPERTANSİYONLA İLGİLİ DEğİşKENLER AÇISINDAN GRUP İÇİ VE GRUPLAR ARASI FARKLARIN TARTIşILMASI

Hipertansiyon kontrolünde kan basıncının normal aralıklarda seyretmesi önemlidir (Taş ve Bykmeşe 2013). Yapılan bir meta analiz çalışmasında, hipertansiyon hastalarının SKB tüm grupta 126,3 mmHg, kadınlarda 126,1mmHg, erkeklerde ise 126,4 mmHg; DKB tüm grupta 78,6 mmHg, kadınlarda 78,4 mmHg, erkeklerde ise 78,7 mmHg tespit edilmiştir (Kılıçkap ve ark. 2018). Yapılan bir araştırmada müdahale sonrasında SKB (157,4-143,4 mmHg) ve DKB (90,1-83,6

mmHg) anlamlı olarak düştüğü saptanmıştır (Kılıç ve Uzunçakmak 2016). Deneysel olarak yapılan başka bir çalışmada hem eğitim hem de kontrol grubunda ikinci görüşmelerinde kan basınçlarında anlamlı değişim gözlenmemiştir (Erciyes ve Pakyüz 2014). Yaptığımız çalışmada; girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede SKB ve DKB anlamlı azalma oldu. Kontrol grubunda ise ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede SKB ve DKB’nda anlamlı azalma olmadı. Buna göre; hipertansiyona ilişkin hemşire tarafından eğitim verilen hastalarda SKB ve DKB’nda azalma sağlanabildiği söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada, eğitim verilen deney grubu hastalarında tibial ödem durumu açısından ilk izleme göre son izlemde azalma tespit edilmiştir (Özpancar 2013). Yaptığımız çalışmada ise girişim ve kontrol grubunda tibial ödem olan hasta sayısının az olduğu, ilk görüşme ve ikinci görüşmede de tibial ödem olan hasta sayısında değişiklik olmadığı belirlendi. Buna göre; tedavi alan hipertansiyonlu hastalarda tibial ödemin sık görülen bir bulgu olmadığı söylenebilir. Bunun nedeni Manisa bölgesinde sebze ağırlıklı beslenmenin yaygın olması veya diüretik ilaç kullanımını olabilir.

Esansiyel hipertansiyon gelişmesinde rol oynayan birçok faktörden biri de fazla tuz tüketimidir. Ülkemizde günlük ortalama tuz tüketimi 18 gramın üstündedir. Bu nedenle tuz kısıtlanması çok önemlidir (Ekim 2018). Tuz kısıtlaması, hipertansiyonun önlenmesinde ve tedavisinde kabul edilen yaşam tarzı değişikliklerinin başında yer almaktadır (Mancia ve ark. 2013; Özkan 2016). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu’na (2018) göre; bireylerin tuz alımı günlük 5-6 gr (günlük bir çay kaşığı) seviyesine azaltılması tavsiye edilmelidir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Yapılan bir çalışmada hastaların %19,6’sının tuzsuz beslenmeye alışmadığı için tuzu kısıtlamadığı tespit edilmiştir (Tokem ve ark. 2013). Başka bir çalışmada eğitim grubundaki hastalarla yapılan ikinci görüşmede, hastaların tuz kısıtlı diyet uygulamasının arttığı belirlenmiştir (Erciyes ve Pakyüz 2014). Yaptığımız çalışmada; ilk görüşme ve ikinci görüşmede girişim ve kontrol grubunda tuz kısıtlaması yapan hasta sayısının benzer olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ilk ve ikinci görüşmelerde tuz kısıtlaması yapan hasta sayısı değişmezken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede tuz kısıtlaması yapan hasta sayısında anlamlı azalma olduğu belirlendi. Buna göre; hemşire tarafından yapılan

eğitim ile hipertansiyonlu hastalarda tuz kısıtlamasına uyum sağlanabildiği sđylenbilir.

Günümüzde hipertansiyonu önlemek için DASH diyeti önerilmektedir. Beslenme yaklaşımları olan meyve, sebze, düşük yağlı süt ürünlerinin arttırılması tavsiye edilmektedir (Mancia ve ark. 2013; Özpancar 2016; Mert 2018). İzmir’de bir sağlık ocağında yapılan araştırmada; hipertansiyonlu hastaların %45,7’si önerilen diyet programına uymanın hipertansiyon tedavisine yardımcı yaklaşımlar olduğunu belirtmiştir (Oskay ve ark. 2010). Yapılan başka bir araştırmada; hastaların %30’unun hipertansiyonla ilgili diyetle uymadığı tespit edilmiştir (Özpancar 2013). Bitlis il merkezinde yaşayan 30 yaş ve üzeri kişiler üzerinde yapılan araştırmada yöresel besinlerden balık kurutma, salamura balık ve kurutun sık tüketimiyle hipertansiyon arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Önen 2015). Yapılan diğer bir araştırmada ise hastaların %92,3’üne kendilerine hipertansiyon ile ilgili herhangi bir diyet verildiği ve %72,5’inin verilen diyetle uyduğu bildirilmiştir (Mert ve ark. 2011). Araştırmamızda; kontrol grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede tuz kısıtlı diyet yapan hasta sayısında değişiklik bulunmazken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede tuz kısıtlı diyet yapan hasta sayısında artış saptandı. Hipertansiyona ilişkin eğitim verilen girişim grubu hastalarının tuz kısıtlı diyet yapma durumu, ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede anlamlı şekilde artış gösterdi.

Hipertansiyon riski hareketsiz yaşam sürenlerde %20-50 artmaktadır (Ekim 2018). Önemli bir yaşam tarzı değişikliği olan fiziksel aktiviteyi arttırmak, hipertansiyon tedavisinde ve kontrol altına alınmasında etkili bir yere sahiptir (İlgaz ve Özer 2017). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu’na (2018) göre; bireylere haftada 5-7 gün en az 30 dakikalık orta düzeyde düzenli egzersiz yapılması tavsiye edilmektedir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Yapılan bir araştırmada hastaların %65,2’sinin hiç egzersiz yapmadığı, %40,2’sinin hangi egzersizi yapacağını bilmediği tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların %51,8’inin egzersiz yapacak zamanının olmadığı bildirilmiştir (Tokem ve ark. 2013). Yaptığımız araştırmada hipertansiyonlu hastaların egzersiz yapma durumu girişim grubu için %10,0 evet, %70,0 hayır ve %20,0 bazen; kontrol grubu için %12,0 evet, %48,0 hayır ve %40,0 bazen olarak bulundu ve egzersiz yapma açısından iki grup benzer bulundu.

Düzensiz ilaç kullanan hastaların çoğu ilacı bırakma eğiliminde olduklarından bu hastaların tespit edilmesi çok önemlidir

(http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). DSÖ'ne göre hipertansiyonlu hastaların yaklaşık %50'si ilk yılda hipertansiyonla ilgili hizmet almayı bırakmaktadır ve tıbbi izlemi sürdürenlerin ise sadece yarısı reçete edilen ilaçları almaktadır (Gün ve Korkmaz 2014). TEKHARF çalışması (2014) verilerine göre; erkeklerin %63'ü, kadınların %74'ü antihipertansif ilaç tedavisi uygulamaktadır yani her 10 hipertansiyonludan yedisinin antihipertansif ilaç kullanmaktadır (Onat 2017). Hipertansiyonlu hastalar ile yapılan araştırmada, hastaların %89,4'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandıkları belirtilmiştir (Teke ve Arslan 2018). Yapılan başka bir araştırmada kan basıncı kontrol altında olmayan hastaların %65,7'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %34,3'ünün haftada birkaç kez doz atladığı belirtilmiştir. Kan basıncı kontrol altında olan hastaların ise %90,5'inin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %9,5'inin haftada birkaç kez doz atladığı saptanmıştır (Aypak ve ark. 2013). Başka bir araştırmada da ilaçları düzenli kullanmama oranı kadınlarda %34,7 ve erkeklerde %12 bulunmuştur (Cingil ve ark. 2009). Yaptığımız araştırmada; kontrol grubunda ilk görüşme ve ikinci görüşme arasında ilaçları düzenli kullanma açısından anlamlı fark saptanmazken, girişim grubunda ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede ilaçları düzenli kullanan hasta sayısında anlamlı artış bulundu. Buna göre; hipertansiyon tanısı alan hastalara hemşire tarafından verilen eğitim ile antihipertansif ilaçların düzenli kullanılmasının sağlanabildiği söylenebilir.

Hipertansiyonlu hastaların %50'si tedavilerini ilk yılda bırakmaktadır ve yaklaşık %10'u ilaçlarını kullanmayı gün içinde hatırlamamaktadırlar (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf). Yapılan bir araştırmaya göre hipertansiyonlu hastaların şikâyetleri azaldığında ilaçlarını bıraktığı (%36,2), %50'sinin ilaçları içmeyi unuttuğu (%50) ve ilaçların kullanma zamanını şaşırdukları (%33) tespit edilmiştir (Tokem ve ark. 2013). Yaptığımız araştırmada girişim grubumdaki hastaların %6,0 her zaman, %40,0 bazen ilaçlarını kullanmayı unuttuğu; kontrol grubunda ise %4,0 her zaman, %42,0 bazen ilaçlarını kullanmayı unuttuğu belirlendi ve iki grup ilaçlarını kullanmayı unutma durumu açısından benzer bulundu. Buna göre; hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilaçlarını kullanmayı unuttukları söylenebilir. Hipertansiyon tanısı alan hastalarda günlük kullandıkları ilaç sayısının mümkün olduğunca azaltılması ve bazı hatırlatma yöntemlerinin kullanılması önerilebilir.

Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir sebeple gelen kişilerde yapılan bir araştırmada; katılımcıların %31,3'ü reçetesiz olarak eczaneden ilaç aldığı saptanmıştır (Yapıcı ve ark. 2011). Yaptığımız araştırmada kontrol grubunda, ilk görüşme ve ikinci görüşmede eczaneden reçetesiz ilaç alma durumunda değişiklik olmadığı, girişim grubunda ise ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede eczaneden reçetesiz ilaç alma durumunda azalma olduğu belirlendi. Buna göre; hipertansiyonlu hastaların eczaneden reçetesiz ilaç almasını önlemek için akılcı ilaç kullanımını hakkında eğitim verilmesi önerilebilir.

Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir sebeple başvuranlarda yapılan bir araştırmada; kişilerin aile/arkadaş/komşu önerisiyle ilaç kullanma oranı %17 olarak bulunmuştur (Yapıcı ve ark. 2011). Yapılan başka bir araştırmada kişilerin %16,0'sının komşu/yakınlarının önerisiyle ilaç kullandığı ve %18,3'ünün her zaman hekime başvurmadan önce kendi kendine ilaç kullandığı belirtilmiştir (Yılmaz ve ark. 2014). Yaptığımız araştırmada ilk görüşme ve ikinci görüşme kontrol grubunda komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanan hasta sayısı değişmezken, ikinci görüşmede girişim grubunda komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanan hasta sayısında anlamlı azalma oldu. Buna göre; hipertansiyonlu hastalara akılcı ilaç kullanımına ilişkin verilen eğitim ile komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanmayı kısmen önlediği söylenebilir.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda hastanede yatan hastaların tutumlarını incelemek üzere yapılan bir çalışmada; hastaların %49,6'sı tedavi sonrası fazlalık ilaçları tekrar kullanmak için saklamakta, %87,6'sı ilacın yan etkisi ile karşılaşıldığında doktora başvurmaktadır (Uğrak ve ark. 2015). Yapılan başka bir araştırmada genellikle hastaların fazlalık ilaçları son kullanma tarihi doluncaya kadar evde sakladığı, hastaların çok azının ise biriken ilaçları sağlık ocağına verdiği tespit edilmiştir (Bilgili ve Karatay 2005). Araştırmamızda; ilk ve ikinci görüşmede fazla olan ilaçlar için "ne yaparsınız" sorusuna ilişkin girişim ve kontrol grubunda verilen cevapların benzer olduğu belirlendi. Ancak ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede kontrol grubunun yanıtlarında değişme olmazken, girişim grubunda olumlu yönde değişim olmuştur.

Yapılan bir araştırmada birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların yaklaşık %80'ine göre evde kesinlikle bazı ilaçların olması gerektiği, bu ilacın da en fazla ağrı kesiciler olduğu bildirilmiştir (Yapıcı ve ark. 2011). Araştırmamızda hastaların her evde mutlaka olması gereken ilaç durumu girişim grubu için %86,0 evet; kontrol grubu

için %78,0 evet olarak bulundu. Araştırma sonuçlarımız literatür bulgularına benzer niteliktedir.

Yapılan bir araştırmaya göre hastaların %44,6'sının 1-5 kutu, %30,6'sının 0, %13,2'sinin 6-10 kutu ve %11,6'sının ise 10 kutudan fazla evinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ilacı bulunmaktadır (Uğrak ve ark. 2015). Araştırmamızda hastaların evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı girişim grubu için %16,0 hiç yok, %48,0 1-5 kutu, %16,0 6-10 kutu ve %20,0 10 kutudan fazla; kontrol grubu için %24,0 hiç yok, %36,0 1-5 kutu, %20,0 6-10 kutu ve %20,0 10 kutudan fazla olarak bulundu. İlk görüşme ve ikinci görüşme arasında girişim ve kontrol grubunda evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı açısından anlamlı fark bulunmadı. İlk görüşmeye göre ikinci görüşmede kontrol grubunda evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarı değişmezken, ikinci görüşmede girişim grubunda evde hiç kullanılmamış/ yarım kalmış ilaç miktarında anlamlı azalma olmuştur.

Yapılan bir araştırmada hekimin vermiş olduğu ilaçları hastaların %47,1'inin hekim veya eczacı önerdiği sürece kullandığı, %36,4'ünün ilaç bitene kadar kullandığı %16,5'inin şikayetleri geçene kadar kullandığı tespit edilmiştir (Uğrak ve ark. 2015). Yaptığımız araştırmada hastaların reçeteli ilaçların kullanım süresi açısından girişim grubu için %32,0 "ilaç bitene kadar kullanırım", %34,0 "şikayetim geçene kadar kullanırım" ve %34,0 "doktor/eczacı önerdiği sürece kullanırım"; kontrol grubu için %38,0 "ilaç bitene kadar kullanırım", %36,0 "şikayetim geçene kadar kullanırım" ve %26,0 "doktor/eczacı önerdiği sürece kullanırım" olarak bulundu. İlk görüşmede girişim ve kontrol grubu arasında reçeteli ilaçların kullanım süresi benzer bulunurken, ikinci görüşmede kontrol grubuna göre girişim grubunda reçeteli ilaçların kullanım süresinin arttığı belirlendi.

Tedaviye uyumsuzluğun en önemli nedeni olan antihipertansif ilaçların yan etkileri, her hastada aynı değildir (Lobo ve ark. 2017). Antihipertansif ilaçların yan etkileri hastaların iyilik halini etkilediğinden erken dönemde müdahale edilmesi gereken bir durumdur (Kara ve ark. 2009). Yapılan bir araştırmada hastaların %87,6'sı ilaç kullanımını sonucu herhangi bir yan etki ile karşılaştıklarında doktora başvuracağını bildirilmiştir (Uğrak ve ark. 2015). Araştırmamızda hastaların ilacın yan etkileri ile karşılaşıldığında girişim grubu ve kontrol grubu için "doktora/eczacıya başvururum" sırasıyla %44 ve %70 oranında bulundu. İlk görüşme ve ikinci görüşmede ilacın yan etkileri ile karşılaştıklarında her iki grubun da benzer davranışta buldukları belirlendi.

Yapılan bir araştırmada medyada reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma eğilimlerini tespit etmeye yönelik soruya hastaların %22,3'ü "hekime danışarak kullanırım", %0,8'i "eczacıya danışarak kullanırım", %7,4'ü "kullanan tanıdığımı sorar kullanırım" ve %69,4'ü "kullanmam" cevabını verdiği saptanmıştır (Uğrak ve ark. 2015). Yaptığımız araştırmada; hastalarının reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma açısından ilk görüşmede girişim grubu için %20,0 "Kullanırım" ve %80,0 "Kullanmam" olarak bulundu. İlk görüşme ve ikinci görüşmede reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma durumlarının hem girişim hem de kontrol grubunda benzer olduğu belirlendi. Buna göre; hipertansiyon tedavisi alan hastaların büyük çoğunluğunun rastgele ilaç kullanmadıkları ve yan etki gördüklerinde doktora başvurdukları söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon tedavisi alan hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu araştırmada ilk görüşmeye göre ikinci görüşmede;

- Girişim grubunda verilen eğitim sonrasında AİKÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının olumlu yönde arttığı,
- Girişim grubunda verilen eğitim sonrasında YSOÖ toplam puanının olumlu yönde arttığı,
- Kontrol grubunda ise AİKÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarında bir değişim olmadığı,
- Kontrol grubunda, YSOÖ toplam puanında bir değişim olmadığı,
- Girişim grubunda verilen eğitim sonrasında, hipertansiyona ilişkin değişkenlerden, SKB ve DKB azalma, tuz kısıtlaması ve diyet yapan hasta sayısında artma olduğu,
- Kontrol grubunda hipertansiyona ilişkin değişkenlerden, SKB ve DKB, tuz kısıtlaması ve diyet yapmalarında anlamlı bir düşüş olmadığı,
- Girişim grubunda verilen eğitim sonrasında, ilaç kullanımına ilişkin değişkenlerden, ilaçları düzenli kullanma açısından anlamlı bir artış, reçetesiz eczaneden ilaç alma ve komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma açısından anlamlı düşüşler olduğu,
- Kontrol grubunda ise, ilaç kullanımına ilişkin değişkenlerden, ilaçları düzenli kullanma, reçetesiz eczaneden ilaç alma ve komşuların/ yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma durumunda değişim olmadığı belirlendi.

Bu bulgulara göre; H₁ hipotezinin kabul edildiği, hipertansiyonlu hastalara akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı konusunda hemşire tarafından verilen eğitimin etkin bir yöntem olarak kullanılabileceği sonucuna varıldı.

Buna göre; Geliştirilen AİKÖ'nin benzer çalışmalarda kullanılarak, bilgi, tutum ve davranışları etkileyebilecek (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal statü, etnik grup,

ırk, deneyim vb.) değişkenlerle ölçümlerin sınanması, Planlı Davranış Teorisi'nin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili güncel ve bilimsel kanıtlar elde edilmesi önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2011; 39(4): 1-5.

Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Türkiye sağlık okuryazarlığı senaryo ölçeği. Okyay P, Abacıgil F, (eds.). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025. Ankara; 2016, s: 63-71.

Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. Medicine (Baltimore). 2017; 96(4): 1-9.

Ajzen I. The theory of planned behaviour. Organizational Behaviour and Human Decision Processes. 1991; 50(2): 179-211.

Ajzen I, Manstead ASR. Changing health-related behaviors: An approach based on the theory of planned behavior. In: Hewstone M, Schut HAW, De Wit JBF, Den Bos KV, Stroebe MS, (eds.). The Scope of Social Psychology: Theory and Applications. 1st ed. Psychology Press; NewYork; 2007, p: 43-63.

Ajzen I. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. Psychology and Health. 2011; 26(9): 1113-1127.

Ajzen I. Consumer attitudes and behavior: the theory of planned behavior applied to food consumption decisions. REA Italian Review of Agricultural Economics. 2015; 70(2): 121-138.

Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu Ü, Çalı Ş, Oktay Ş. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Geriatri. 2001; 4(3): 100-105.

Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. Türk Geriatri Dergisi (özel sayı) 2006; 19-27.

Akıcı A. Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı uygulamaları ve klinik farmakoloji çalışma grubunun katkıları. Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni. 2012; 55: 1-10.

Akıcı A, Kalaça S. Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 932013, Ankara; 2013, s: 15-47.

Akıcı A, Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Dönertaş B, Alkan A. Birinci basamak sağlık merkezlerine ve devlet hastanelerine başvuran hastaların aldıkları sağlık hizmetinin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. Turkish Family Physician. 2015; 6(1): 30-39.

Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı’nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. İçinde: Sarıgöl E, (ed.).Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni. Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi İdaresi: Ankara; 2015, s: 1-18.

Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. Y. Üstü). Ankara, 2016.

Alp Ç, Sarak T, Çifçi A, Kabalcı M. Yaşlılarda hipertansiyona yaklaşım. Turk J Clin Lab. 2018; 9(3): 233-236.

Anker D, Santos-Eggimann B, Santschi V, Giovane CD, Wolfson C, Streit S, Rodondi N, Chiolero A. Screening and treatment of hypertension in older adults: less is more? Public Health Reviews. 2018; 39(26): 1-16.

Aparcı M, Kardeşoğlu E, Yiğiner 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.

Ardıç NEE. Hipertansif Hastaların İlaç Kullanım Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. T. Set). Trabzon, 2017.

Argan MT. Kan bağış davranışını etkileyen faktörlerin planlı davranış teorisi çerçevesinde incelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg. 2016; 2: 96-104.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2015; 43(4): 403.

Aronow W. Treatment of systemic hypertension. Am J Cardiovasc Dis. 2012; 2(3): 160-170.

Aslantekin F. Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip II Diyabetli Hasta Örneği). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. M. Uysal). Ankara, 2011.

Aşilar RH. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2015; 6(11): 151-159.

Aşilar RH, Gözüm S. Hipertansif bireylerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavi uyumuna etkisi. TJFMPC. 2017; 11(4): 235-244.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(2): 22-27.

Ateş S. Hipertansiyon ve öfke. Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon (Özel sayı). 2013; 5(1): 39-43.

Aydın B, Gelal A. Akılcı ilaç kullanımı, yaygınlaştırılması ve tıp eğitimin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 26: 57-63.

Aygin D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45(3): 110-114.

Aypak C, Önder Ö, Dicle M, Yıkılkan H, Tekin H, Görpelioğlu S. Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeylerinin ve tedavi uyumlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013; 38(2): 224-232.

Babalık E. Hipertansiyon patofizyolojisi. Klinik Gelişim. 2005; 18(2): 25-32.

Badır A. Hipertansiyon. İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, (eds.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Basım. Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti.: Ankara; 2014, s: 559-571.

Ballıel N. Ankara Üniversitesi İbnisina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlık Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M.E. Ocaktan). Ankara, 2009.

Bardak S, Kıyıkım AA. Genel bilgi ve farmakovijilans. Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics. 2016; 9(2): 1-3.

Barua P. The moderating role of perceived behavioral control: the literature criticism and methodological considerations. International Journal of Business and Social Science. 2013; 4(10): 57-59.

Bebetsos E, Zetou E, Vezos, N. An exploratory study of self-efcacy and attitudes on selfcare health behaviors among Greek Naval Academy cadets. an application of the teory of planned behavior. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2018; 18(1): 81-88.

Bıçak R, Mazıcıoğlu M, Üstünbaş HB. Birinci basamakta kardiyovasküler hastalıklara nonfarmakolojik öneriler. Konuralp Tıp Dergisi 2013; 5(1): 53-59.

Biçen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya Ç, Karataş A, Dilek M, Akpolat T. Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanımı. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 2012; 29: 109-112.

Bilgili N, Karatay G. Sait Yazıcı Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;39-48.

Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. Turkish Journal of Public Health. 2014; 12(1): 61-68.

Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranışı modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 5(1): 28-34.

Büyüköztürk Ş. Veri Analizi El Kitabı. 4. basım. Pegem Akademi: Ankara; 2004, s: 117-175.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 9. basım. Pegem Akademi: Ankara; 2008, s: 167-171.

Christe V, Waebe G, Vollenweide P, Marques-vidal P. Antihypertensive drug treatment changes in the general population: the colaus study. Pharmacology and Toxicology. 2014; 15(20): 1-9.

Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2009; 37(8): 551-556.

Collins SE, Witkiewitz K, Larimer ME. The theory of planned behavior as a predictor of growth in risky college drinking. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2011; 72: 322-332.

Conner M, Armitage CJ. Extending the theory of planned behavior: a review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*. 1998; 28(15): 1429-1464.

Cooke R, Dahdaha M, Norman P, French D.P. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2016; 10(2): 148-167.

Çakırcalı E. Yaşamsal bulgular. İçinde: Aştı TA, Karadağ A, (eds.). *Hemşirelik Esasları*. Akademi: İstanbul; 2013, s: 611-620.

Çakmak HA, Arslan E, Erdine S. Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009; 37 (Suppl 7): 1-4.

Çam MO, Arabacı LB. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2010; 2: 59-71.

Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17; 3.

Coşkun S, Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2015; 57: 378-384.

Çelik C, Özdemir B. Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(1): 52-65.

Çenesiz E, Atak N. Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(6): 427-434.

Çetin M, Arıcıoğlu F. Farmakovijilans ve psikofarmakolojideki önemi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2009; 19(4): 335-339.

Çiftçi F. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek*

İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. H. Demirci). Bursa, 2017.

Çiftçi B, Aksoy M. Çocuklarda Akılcı ilaç kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(3): 191-194.

Çopurlar CK, Kartal M. What is health literacy? how to measure it? why is it important? TJFMPC. 2016; 10(1): 42-47.

Darvishpour J, Omid S, Farmanbar R. The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. Caspian Journal of Health Research. 2016; 2(1): 1-8.

Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. Cancer J Clin. 2002;5 2: 134-149.

Dayı ŞÜ, Tartan Z, Kaşıkçıoğlu H, Terzi S, Sayar N, Uyarel H, Akbulut T, Aydın A, Gündoğan M, Çam N. Obez kadınlarda hipertansiyonun kardiyopulmoner fonksiyonlar üzerine etkisi. Türk Kardiyol Dern Arş. 2005; 33(3): 155-160.

Demir M. Dirençli hipertansiyon. Genel Tıp Dergisi. 2009; 19(3): 145-150.

Deniz S, Oguzoncul AF, Bentli R. Evaluation of drug use habits and rational drug use of persons registered to primary health care. Medicine Science, 2018; 7(4): 930-934.

De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide in Good Prescribing. Action programme on essential drugs. Geneva, WHO. 1994.

Dönmez İ, Memioğlu T, Erdem F. Yeni kılavuzların ışığında hipertansiyon tanımı ve tedavisi. European Journal of Health Sciences. 2015; 1(1): 49-53.

Duran AD. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sağlık Çalışanları İle Tedavi Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutumları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. Üngüren). Ankara, 2014.

Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. basım, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara; 2014, s: 64-65.

Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2. basım, Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları: İstanbul; 2007, s: 59-65.

Engberding N, Wenger NK. Management of hypertension in women. Hypertension Research. 2012; 35: 251-260.

Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30(3): 211-216.

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

Erciyes Y. Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. S. Çınar). İstanbul, 2013.

Erciyes Y, Çınar Pakyüz S. Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2014; 6(2): 46-57.

Erdem E, Kaya C, Sarı A, Özen F, Aslan MS, Dilek M, Akpolat T. Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. *Anatol J Clin Investig.* 2012; 6(2): 81-85.

Erkek N, Özgür G, Gümüş AB. Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi.* 2006; 10(2): 9-18.

Erkoç SB. Eskişehir Mahmudiye’de Erişkinlerde Hipertansiyon İnsidansı ve Risk Faktörleri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. B. Işıklı). Eskişehir, 2013.

Erol Ç. Kardiyoloji. İçinde: Koylan N (ed.). Hipertansiyonlu Hastaya Yaklaşım. *Medikal Nobel: Ankara;* 2011, s: 80-91.

Erten S. Planlanmış davranış teorisi ile uygulamalı öğretim metodu. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi.* 2002; 19(2): 217-233.

Eyler N. 50 Yaş Üstü Bireylerin Planlı Davranış Teorisi Kapsamında Sağlık Amacıyla Seyahat Etme Niyetlerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma; Ankara örneği. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi (Danışman: Prof. Dr. S. Korkmaz). Ankara, 2016.

Frandsen G, Pennington SS. Abrams’ın Klinik İlaç Tedavisi Hemşireler İçin Akılcı İlaç Uygulamaları. Çeviren: İyigün E, Taştan S. İçinde: Başak T, (çeviri ed.). *İlaçların Uygulanması ve İlaç Tedavisinde Hemşirelik Süreci.* 10. basım, Akademisyen Tıp Kitapevi: Ankara; 2014, s: 36-60.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıkel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2008; 50: 172-179.

Gülmez E. Dünyada akılcı ilaç kullanımını uygulamalarına genel bir bakış. *Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni.* 2012; 55: 1-7.

Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(2): 98-108.

Gürhan B. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri Açısından Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A.S. Tekiner). Ankara, 2016.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(2): 167-172.

Hoare E, Kingwell BA, Jennings GLR. Blood pressure down under, but down under what? US and Australian hypertension guideline conversation. Hypertension. 2018; 71: 972-975.

Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. DEUHFED. 2016; 9(2): 67-77.

Ilgaz A. Özer Z. Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: Sistematik derleme. MN Kardiyoloji. 2017; 24(1): 31-41.

Ishikawa H, Kiuchi T. Health literacy and health communication, BioPsychoSocial Medicine. 2010; 4(18): 1-5.

İlerigelen B. Hipertansiyon tedavisi. Klinik Gelişim. 2005; 18(2): 33-41.

İncedayı S. Planlı Davranış Kuramına Göre Geliştirilen Fiziksel Aktivite Ölçeğini Türk Toplumuna Uyarlama Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. S. Altuğ Özsoy). İzmir, 2005.

İskit AB. Akılcı ilaç kullanımı. STED. 2006; 15(7): 4-8.

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC, Svetkey LP,

Taler SJ, Townsend RR, Wright JT, Narva AS, Ortiz E. 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). JAMA. 2014; 311(5): 507-520.

Jones DW. Blood pressure management beyond the guidelines. Hypertension. 2018; 71: 969-971.

Kaç G, Amado S, Kıkıcı İ, Cilasin S, Dağ E, Leylek İ, Şahin Ö. Organ bağışına yönelik tutumların planlı davranış kuramı çerçevesinde incelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi. 2009; 24(64): 78-91.

Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 5. basım, Asil Yayın: Ankara; 2010, s: 405.

Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut ÖG, Kurt EA. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 33(3): 1-10.

Kaptan G, Dedeli Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. 1. basım, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.: İstanbul; 2012, s: 231-234.

Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. Hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncını düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(3): 231-238.

Karakoç FY ve Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014; 40: 39-49.

Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 37(1): 1-8.

Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, Arıkan Ş, Gökalp D. Hipertansiyon, obezite ve lipit metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 1. basım, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.: Ankara; 2009, s: 9-49.

Keleş İ. Hipertansiyon El Kitabı. Akademi Yayınevi: İstanbul; 2014, sf. 1-61.

Kılıç M. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hipertansiyon prevalansı, farkındalığı, kontrolü ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(1): 79-86.

Kılıç M, Uzunçakmak T. Hipertansiyon hakkındaki eğitimin hipertansiyon kontrolüne etkisi. Bozok Tıp Dergisi. 2016; 1(1): 13-19.

Kılıç T, Üstü Y. Hipertansiyon için birinci basamak kullanımına yönelik kanıta dayalı bir rehber çalışması. Ankara Medical Journal. 2012; 12(4): 205-213.

Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Kayıkcıoğlu M, Ural D, Yılmaz MB, Abacı A, Arıcı M, Altun B, Tokgözoğlu L, Şahin M. Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018; 46(7): 525-545.

Kocagöz ES. Kadınların Makyaj Malzemelerini Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi: Planlı Davranış Teorisinin Bir Uygulaması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. Y. Dursun). Kayseri, 2010.

Kocagöz E, Dursun Y. Algılanan davranışsal kontrol, Ajzen’in teorisinde nasıl konumlanır? alternatif model analizleri. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2010; 12(19): 139-152.

Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda hipertansiyon. Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2017; 1(1): 17-23.

Küçüköglü S, Polat S, Güdek E. Annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(4): 212-218.

Lee GKY, Wang HHX, Liu KQL, Cheung Y, Morisky DE, Wong MCS. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using morisky medication adherence scale. *PLoS One*. 2013; 8(4): 1-7.

Leung AA, Daskalopoulou SS, Dasgupta K, McBrien K, Butalia S, Zarnke KB, Nerenberg K, Harris KC, Nakhla M, Cloutier L, Gelfer M ve ark. Hypertension Canada's 2017 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults. *Canadian Journal of Cardiology*. 2017; 33: 557-576.

Lobo MD, Sobotka PA, Pathak A. Interventional procedures and future drug therapy for hypertension. *European Heart Journal*. 2017; 38: 1101-1111.

Mahmood A, Elnour AA, Ali AAA, Hassan NAGM, Shehab A, Bhagavathula AS. Evaluation of rational use of medicines (RUM) in four government hospitals in UAE. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2016; 24: 189-196.

Maraş GB. Sağlık Çalışanlarının El Yıkama Alışkanlıklarını Geliştirmede Precede Modelinin Kullanımı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. A. ESEN). İzmir, 2007.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R. ESH/ESC 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60(9): 968.e1-94.

Mancia G, Fagart R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the

management of arterial hypertension of the european society of hypertension and of the european society of cardiology. *European Heart Journal*. 2013; 34: 2159-2219.

Maxwell S. Rational prescribing: the principles of drug selection. *Clinical Medicine*, 2009; 9(5): 481-485.

McNaughton C, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL, Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care*. 2014 April ; 52(4): 346–353.

Medeni V. Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. F. N. Baran Aksakal). Ankara, 2016.

Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg*. 2011; 15(1): 7-12.

Muslu GK, Başbakkal Z. Planlı davranış teorisi ve emzirme davranışı. *Türkiye Klinikleri J NursSci*. 2013; 5(1): 28-40.

Nandhini S. Essential hypertension. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*. 2014; 6(9): 305-307.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to end confusion. The National Academies: Washington; 2004, s: 20-65.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259-267.

Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdöğün Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. *Tuberk Toraks*. 2014; 62(2): 101-107.

Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. İçinde: Okyay P, Abacıgil F, Harlak H, (eds.). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32. 1. basım, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.: Ankara; 2016, s: 43-62.

Onat A. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. 1. basım, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş.: İstanbul; 2017, s: 104-119.

Oskay EM, Önsüz MF, Topuzoğlu A. İzmir'de bir sağlık ocağında başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 11(1): 3-9.

Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. STED. 2004; 13(3): 99-104.

Öncü E, Vayısoğlu S.K, Güven Y, Aktaş G, Ceyhan H, Karakuş E. Hipertansiyonu olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. Anatol JFM. 2018; 1: 31-32.

Önen C. Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi (Danışman: Prof. Dr. G. Güneş). Malatya, 2015.

Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. Klinik Gelişim. 2005; 18(2): 4-7.

Özcan V, Altunpolat R. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığında eczacının rolü. TEB Haberler. 2013; 15-21.

Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res. 2010; 25(3): 464-477.

Özer L, Kement Ü, Gültekin B. Genişletilmiş planlanmış davranış teorisi kapsamında yeşil yıldızlı otelleri tekrar ziyaret etme niyeti. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 33(4): 59-85.

Özkan G. Hangi hastaya ne kadar tuz kısıtlaması yapılmalı? Hipertansiyon Haber Bülteni. 2016; (3)5: 7-9.

Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. Yeni Tıp Dergisi. 2008; 25: 97-101.

Özpancar N. Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi. Mamara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi (Danışman: Doç. Dr. S. Çınar). İstanbul, 2013.

Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(sup 1): 2-11.

Özyurt E, Aydın İ, Aydın H, Erduran S, Uğurlu D, Akar Y, Aykutluğ M, Yörük S. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde'ki hastaların akılcı ilaç kullanımını hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018; 5(3): 208-219.

Pallant J. SPSS Kullanma Kılavuzu. SPSS ile Adım Adım Veri Analizi. Çeviren: Balcı S, Ahi B. 1. basım, Anı Yayıncılık: Ankara; 2016, s: 199-223.

Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. Health PromotInt. 2000; 15(4): 277-283.

Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an epidemic of limited health literacy: weathering the perfect storm. J Gen Intern Med. 2008; 23(8): 1273-1276.

Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 19(1): 59-65.

Pirinçci E, Bozan T. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin akılcı ilaç kullanım durumları. *Fırat Tıp Derg.* 2016; 21(3): 129-136.

Powers BJ, Olsen MK, Oddone EZ, Thorpe CT, Bosworth HB. Literacy and blood pressure – do healthcare systems influence this relationship? a crosssectional study. *BMC Health Services Research.* 2008; 8(219): 1-9.

Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician.* 2005; 72(3): 463-468.

Saygılı M, Özer Ö. Uğurluoğlu Ö. Bir kamu hastanesinde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2015; 8(3): 162-170.

Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tutuncu Y, Sargin M, Dinccag N, Karsidag K, Kalaca S, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care.* 2002 Sep; 25(9): 1551-1556.

Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi G. Türkiye’de ve Dünya’da diyabet. Türkiye Endokronoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu raporu. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2012; 16(1): 26-30.

Schermelleh-Engel K, Moosbrugger M, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online.* 2003; 8(2): 23-74.

Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği’nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014; 17(3): 165-170.

Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi.* 2013; 3: 73-92.

Sorenson K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Van Den Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 2015; 25(6): 1053-1058.

Soyalan M, Demirdamar R, Toklu HZ, Gümüşel B. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ulusal farmakovijilans sistemi ve mevcut uygulamalar. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 2012; 16: 159-163.

Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; 42(2): 199-207.

Stars I. Health literacy as a challenge for health education. *Society Health Welfare*. 2018; 40: 1-8.

Stergiou G, Palatini P, Asmar R, Sierra A, Myers M, Shennan A, Wang J, O'Brien E, Parati G. Blood pressure measurement and hypertension diagnosis in the 2017 US guidelines first things first. *Hypertension*. 2018; 71: 963-965.

Stoller JK, Michota FA, Mandell BF. Cleveland Klinik İç Hastalıkları. Çeviren: Demir AM. İçinde: Üstündağ S, Yılmaz G, (çeviri eds.). *Esansiyel ve Sekonder Hipertansiyonun Özellikleri*. 5. basım, İstanbul Tıp Kitabevi: İstanbul; 2014, s: 567-578.

Sumpradit N, Chongtrakul P, Anuwong K, Puntong S, Kongsomboon K, Butdeemee P, Khonglormyati J, Chomyong S, Tongyoung P, Losiriwat S, Seesuk P, Suwanwaree P, Tangcharoensathien V. Antibiotics smart use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. *Bull World Health Organ*. 2012; 90: 905-913.

Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçi A, Odabas AR, Serdengeçti K. A population-based

survey of Chronic RENal Disease In Turkey-the CREDIT study. Nephrology Dialysis Transplantation. 2011; 26(6): 1862-1871.

Sürmelioglu N, Kiroglu O, Erdoğdu T, Karataş Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2015; 24(4): 452-462.

Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1. basım, Seçkin Yayıncılık: Ankara; 2005, s:246-400.

Şimşek Z. Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(3): 343-358.

Taş F, Büyükbeşe MA. Hipertansiyonda farkındalık ve hemşirenin rolü. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(6): 729-734.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel: Ankara; 2002, s: 46-51.

Teke N, Arslan S. Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özetiklilik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(2): 120-128.

Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. Üçüncü Sürüm E-kitap. Mersin; 2008, s: 1-65.

Token Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2013; 4(5): 30-40.

Toklu HZ, Demirdamar R, Gümüşel B, Yarış E, Dülger G. Rational drug use awareness of the nurses in the Turkish Republic of Northern Cyprus Near East University Hospital. Marmara Pharmaceutical Journal. 2012; 16: 150-154.

Tözün M, Sözmen MK. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. Smyrna Tıp Dergisi. 2014; 48-54.

Tsioufis C, Thomopoulos C, Kreutz R. Treatment thresholds and targets in hypertension different readings of the same evidence? Hypertension. 2018; 71: 966-968.

Tümer A, Baybuğa MS, Dereli F, Uysal DD. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(13): 105-113.

Uğrak U, Teke A, Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y. Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14(2): 137-144.

Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi (Danışman: Prof. Dr. H. S. Akgün). Ankara, 2011.

Uluşınar S, Akıcı A. Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Specialtopics. 2015; 3(1): 84-93.

Ulusoy Ş. Tuz ve kan basıncı değişkenliği ilişkisi. Hipertansiyon Haber Bülteni. 2016; (3)5: 10-11.

Usta Ç, Çilli A, Çelenk B, Uzun R. Göğüs hastalıkları polikliniğinde farmakovijilans çalışması. Tuberk Toraks. 2012; 60(2): 123-128.

Uysal H. Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2015; 6(9): 1-14.

Uzun Ş, Arslan F. İlaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 28(2): 217-222.

Ünalın PC, Çifçili S, Uzuner A, Akman M. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2005; 9(4): 153-158.

Üstü Y, Uğurlu M. Hipertansiyona pratik yaklaşım. Ankara Med J. 2018; 3: 447-53.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, De Palma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith SC, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA, Williamson JD, Wright JT. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary a report of the American College of Cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. Hypertension. 2018; 1269-1324.

World Health Organization. Therational use of drugs: Report of the Conference of Experts. Nairobi; 1985.

World Health Organization. Guide to Good Prescribing. Action Programme on Essential Drugs. Geneva;1994.

World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. Geneva; 1998.

World Health Organization Promoting Rationaluse of Medicines: Core Components. WHO PolicyPerspectives on Medicines. Report WHO/EDM/2002.3. Geneva; 2002.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence foraction. Geneva; 2003.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.

Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi. 2011; 38(4): 458-465.

Eti Aslan F, Olgun N. Fizyopatoloji. İçinde: Yıldız H (ed.). Vasküler Sistem ve İlişkili Bozukluklar. Akademisyen Tıp Yayınevi: Ankara; 2017, s: 245-249.

Yıldırım F. ve Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. İçinde: Çiler Erdağ G (ed.). Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. 1. basım, Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara; 2015, s: 1-14.

Yılmaz MB. Planlanmış Davranış Teorisi Çerçevesinde Sağlık Amaçlı Bitkisel Ürün Kullanımı ve Medyanın Rolü. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi (Danışman: Prof. Dr. A. Y. Kaya). Konya, 2013.

Yılmaz M, Kırbıyıkoglu Fİ, Ariç Z, Kurşun B. Bir diş hekimliği fakültesi hastanesi'ne başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımlarının belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2(1): 39-47.

Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(4): 142-147.

Yılmazel G. Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi (Danışman: Prof. Dr. F. Çetinkaya). Kayseri, 2014.

Yılmazel G, Çetinkaya F. Relation between health literacy levels, hypertension awareness and control among primary-secondary school teachers in Turkey. AIMS Public Health. 2017; 4(4): 314-325.

Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2010; 38(Suppl 1): 25-31.

Yurdugöl H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. 2005; 1-6.

Zilberman JM, Cerezo GH, Del Sueldo M, Fernandez-Perez C, Martell-Claros N, Vicario A. Association between hypertension, menopause, and cognition in women. The Journal of Clinical Hypertension. December 2015; 17(12): 970-976.

Zungur M, Yıldız A. Hipertansif hastaya yaklaşım. Sted. 2004; 13(8): 297-304.

10. EKLER

EK 1 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/12/2017-E.101028



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.06-
Konu : Vahide ÇAKMAK'ın tez konusu hk.

SBE-İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 13.12.2017 tarih ve 49/13 sayılı yönetim kurulu toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 151361001 numaralı doktora programı öğrencisi Vahide ÇAKMAK'ın 06.12.2017 tarihinde yapılan ve kabul kararı verilen tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi
Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Öğretim Üyesi



EK 2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/05/2018-E.41455



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Sezgi Çınar Pakyüz -
Hipertansiyon tedavisi - dilekçe

Sayın Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

10 / 04 / 2018 / Tarih ve 18078 sayılı; araştırma için kullanılacak modelde değişiklik yapılması konulu dilekçeniz görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Sezgi Çına Pakyüz - Hipertansiyon 02.05.2018 karar tutanağı (1 sayfa)

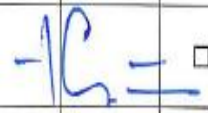








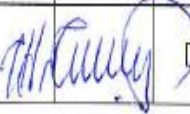

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin:İsa Köse
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	02 / 05 / 2018 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Vahide ÇAKMAK						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	10 / 04 / 2018 / Tarih ve 18078 sayılı; araştırma için kullanılacak modelde değişiklik yapılması konulu dilekçe						
KARAR BİLGİLERİ	Dilekçe incelenmiş; bilimsel ve Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÖNGÖR TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>							

EK 3 Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Araştırma İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA EĞİTİM VE
AR-GE BİRİMİ



02/05/2018 09:31 - 15653004 - 799 - E 418

Sayı : 15653004-799
Konu : Vahide ÇAKMAK/ Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Demirci İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün 10/04/2018 tarihli ve 12605326-799-463 sayılı yazısı.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Vahide ÇAKMAK 'ın, aynı fakültede öğretim görevlisi olan Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ danışmanlığında yürüttüğü " *Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akalıcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi*" adlı araştırmayı Manisa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

2018 yılı Mayıs-2019 yılı Mart ayları arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı 2019 yılı Nisan ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Aile Sağlığı Merkezi (ASM)' nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve çalışma saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- ASM' ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması,
- Verilecek olan eğitimin, araştırma dosyasında bulunan Eğitim Materyali'nin dışına çıkmaması,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa
Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1461e4a7-f706-4d27-ace1-a348bb966bb8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Mustafa TOKMAK
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

Ek: Araştırma Başvuru Dosyası

Dağıtım:

Sayın Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ (Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi Yumusemre/MANİSA)

Demirci 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa
Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1461e4a7-f706-4d27-ace1-a348bb966bb8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4 Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan Alınan İzin Belgesi



HİZMETE ÖZEL
T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

NORMAL

Sayı : 32776236-518-E.35436
Konu : Akılcı İlaç Kullanımı Anketlerinin
Kullanımı

13.02.2017

VAHİDE ÇAKMAK
(Demirci Toplum Sağlığı Merkezi Demirci/MANİSA)

İlgi: 03.02.2017 tarihli, 32386 e-takip numaralı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Akılcı İlaç Kullanımı resmi web sayfasında yer alan anketlerin kullanımına yönelik talebiniz, değerlendirilmiş olup www.akilciilac.gov.tr resmi internet sayfasındaki anketlerin T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi'nin kaynak gösterilmesi koşuluyla kullanılabilceği hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ecz. Mesil AKSOY
Kurum Başkanı a.
Daire Başkanı

Söğütözü Mahallesi, 2176.Sokak No:5 06520 Çankaya/ANKARA
Tel: (0 312) 218 30 00- Fax : (0 312) 218 34 60 www.ticck.gov.tr

Bilgi için: Scrap ABAY
Unvan: İstatistikçi

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır. Doküman <http://ebs.ticck.gov.tr/Basvuru/EImza/Kontrol> adresinden kontrol edilebilir. Güvenli elektronik imza aslı ile aynıdır. Dokümanın doğrulama kodu : ZW56ak1UM0FyS3k0Z1AxSHY3YnUy

İ.Kaç yıldır hipertansiyonunuz var?

- 1) Bir yıldan az süredir
- 2) 1- 5 yıl
- 3) 6-10 yıl
- 4) 11 yıl ve üzeri

J.Sağlık kontrollerinize ne sıklıkta gidersiniz?

- 1) 0-3 ayda bir
- 2) 4-6 ayda bir
- 3) Yılda bir
- 4) Şikayetim oldukça

K.Ailenizde hipertansiyonu olan var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

L.Kullandığınız hipertansiyon ilaçları (cinsi, miktarı, ne sıklıkla alındığı)

.....
.....
.....

M.Yemeklerinizde tuz kısıtlaması yapıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kısmen

N.Hipertansiyon için özel olarak diyetinize dikkat ediyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Bazen

O.Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- 1) Evet Cevabınız Evet ise:süre/gün..... haftada
- 2) Hayır
- 3) Bazen

Ö. Hipertansiyon günlük yaşamınızı ne derece etkiliyor?

- 1) Etkilemiyor
- 2)Biraz
- 3) Orta derece
- 4) Çok fazla

P.Kan basıncı: Sistolik:..... / Diyastolik:.....

R. Ödem:

- 1) Yok
- 2) +
- 3) ++
- 4) +++

S. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kısmen

Ş.İlaçlarınızı yutmayı unutur musunuz?

- 1) Hayır hiç unutmam
- 2) Günde bir kez unutum

3) Haftada bir kez unuturum

T.Doktora muayene olmadan eczaneden ilaç alır mısınız?

1) Evet 2) Hayır

U.Komşularınız ve/veya yakınlarınızın tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız veya doktorunuzdan reçete ister misiniz?

1) Evet 2) Hayır

Ü.Her evde mutlaka olması gereken ilaçlar var mıdır?

1) Evet 2) Hayır

V.Evinizde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ortalama kaç kutu ilaç vardır?

1)Hiç yok

2)1-5

3)6-10

4)10'dan fazla

Y.Aile bireylerinin bir tedavi sonrası artan kalan ilaçlarını ne yaparsınız?

1)Gerektiği zaman kullanmak üzere saklarım

2)Sağlık kuruluşuna/eczaneye veririm

3)Çöpe atarım

4)Diğer

Z.Doktorun vermiş olduğu ilaçları ne şekilde kullanırsınız?

1)İlaç bitene kadar kullanırım

2)Şikâyetim gecene kadar kullanırım

3)Doktor veya eczacı önerdiği sürece kullanırım

AA.İlacın yan etkileri ile karşılaşırsanız nasıl davranırsınız?

1)Doktora Başvururum

2)Eczacıya Başvururum

3)Sağlık Personeline Başvururum

4)Kendim çözerim

5)Hiçbir şey yapmam

AB.Basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?

1)Doktora danışarak kullanırım

2)Eczacıya danışarak kullanırım

3)Kullanan tanıdığıma sorar kullanırım

4)Kullanmam

EK 6 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Denemelik Form
AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz.	Her zaman	Bazen	Hiç bir zaman
1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim.			
2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur.			
3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm.			
4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personelinesöylemediğimde zarar görürüm.			
5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığımın ilerleyeceğini düşünürüm.			
6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım.			
7. Önemli bir rahatsızlık atlanabilir diye düşündüğüm için muayene olmadan ilaç almam.			
8. Mikroplara karşı direnç geliştiği için gereksiz antibiyotik kullanmaktan kaçınırım.			
9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesinin doğru tedavi için önemli olduğunu düşünürüm.			
10. Doktorun verdiği <u>ilacı</u> , doktorun önerdiği şekilde kullanmayı önemserim.			
11. Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm.			
12. İlaç kullanmadan önce muayene olmak isterim.			
13. Hasta olunca doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan yanayım.			
14. Tablet, kapsül yutmakta güçlük çektiğim için ilaç kullanmak sinir bozucudur.			
15. Daha etkili olduğunu düşündüğüm için pahalı olan ilacı tercih ederim.			
16. Daha çabuk iyileşmek için ağızdan ilaç almak yerine iğne olmayı tercih ederim.			
17.İğneden korktuğum için ağızdan ilaç almayı tercih ederim.			
18. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum.			
19. İlacın etkinliği azalmasın diye saklanma koşullarına dikkat ederim.			

20. İlaçtan yarar görmüyorsam, doktora danışmadan ilacı kullanmayı bırakırım.			
21. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi başıma antibiyotik kullanırım.			
22. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakarım.			
23. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.			
24. Hastalandığım zaman ilaç almak yerine evde bitkisel tedavi (bitki çayı) uygularım.			
25. İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini internette öğrenirim.			
26. Evimde ilaçları koymak için ecza dolabı/ uygun saklama yeri bulundururum.			
27. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım.			
28. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum.			
29. Doktorum/eczacım ilacımı önerilerine uygun olarak kullanmamı bekler.			
30. Doktorum/eczacım basında (televizyon, radyo, gazete vb.) reklamı yapılan ürünleri danışarak tedavi amacıyla kullanmamı bekler.			
31. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiye ettikleri ilaçları <u>kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.</u>			
32. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. <u>yakınlarıma</u> ilaç tavsiyesinde <u>kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.</u>			
33. Eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarım kendi kullandıkları ilaçları benim de kullanmamı beklediklerini hissediyorum.			
34. Eczanelerde reçetesiz antibiyotik satılmıyor.			
35. Eczanelerde reçetesiz antibiyotik satılmaması gereksiz antibiyotik kullanmamı önüyor.			
36. Eczacımla ilaçların nasıl kullanılacağını ayrıntılı olarak açıklıyor.			
37. İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini ilacın prospektüsünden okumak benim için zor olabilir.			
38. Evde bulunan ilaçları tekrar kullanmak istediğim zaman daha önce belirtildiği şekilde almak tamamen bana bağlıdır.			
39. İlaçlarla birlikte tüketmemem gereken yiyecek ve içeceklerle dikkat etmek tamamen bana bağlıdır.			
40. Bir tedavi sonrası arta kalan ilaçları gerektiği zaman kullanmak üzere saklamak benim için kolay olabilir.			
41. İlacımı her gün tam saatinde alacağıma eminim.			
42. Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum.			

43. Bundan sonra doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendirmeyi istiyorum.			
44. Bundan sonraki tedavimden arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye vermeyi planlıyorum.			
45. Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum.			
46. Bundan sonra kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak kullanmayı istiyorum.			
47. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
48. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tuvalete atılmamalıdır.			
49. Hastalığın iyileştiği düşünülerek doktor kararı olmadan ilaç/antibiyotik planlanan süreden önce kesilmemelidir.			
50. İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır.			
51. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalıdır.			
52. İlaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurulmalıdır.			
53. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.			
54. Düzenli vitamin, mineral desteği kullanılmamalıdır.			
55. İlaç kazalarını önlemek için çocuklar, yaşlılar ve engellilerin ulaşacağı yerde ilaçlar bırakılmamalıdır.			

EK 7 Uzman Görüşü İstenen Öğretim Üyeleri

Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi

(Unvan ve Soyadı Dizilişinde)

Prof. Dr. Asiye AKYOL	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Gülbeyaz CAN	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nursan DEDE ÇINAR	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nuray ENÇ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Nermin OLGUN	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
Doç. Dr. Hakan BAYDUR	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Doç. Dr. Ezgi BAKIŞ KARADAĞ	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı
Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞAHİN ORAK

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim
Dalı



EK 8 Uzman Değerlendirme Raporu

Sayın.....

“Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” hastaların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek için hazırlandı. Ölçek maddelerinin ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarla ilişkisini, basitliğini ve anlaşılabilirliğini aşağıda belirtilen değerlendirme ölçeğine göre değerlendirmenizi rica ederiz.

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ (MCBÜ SBF. Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği)
Vahide ÇAKMAK (MCBÜ SBF. Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi)

DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İlişki	Basitlik	Anlaşılabilirlik
1. Konu ile ilişkili değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Konu ile ilişkili ancak çok az düzeltme gerekiyor 4. Konu ile ilişkili	1. Basit değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Basit fakat çok az düzeltme gerekiyor 4. Çok basit	1. Anlaşılır değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Anlaşılır ancak çok az düzeltme gerekiyor 4. Oldukça anlaşılır

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

Maddeler	İlişki	Basitlik	Anlaşılrlık
	1. Konu ile ilişkili değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Konu ile ilişkili fakat çok az düzeltme gerekiyor 4. Konu ile ilişkili	1. Basit değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Basit fakat çok az düzeltme gerekiyor 4. Çok basit	1. Anlaşılır değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Anlaşılır fakat çok az düzeltme gerekiyor 4. Oldukça anlaşılır
Davranışsal İnançlar (10 madde)			
1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personeline söylemediğimde zarar görürüm	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığının ilerleme ihtimali çok yüksektir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb.	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

yakınlarımla tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım			
7. Muayene olmadan ilaç almam, önemli olabilecek bir rahatsızlık atlanabilir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
8. Gereksiz antibiyotik kullanmak, hastalıklara karşı direnç geliştirir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesi, doğru tedavi için önemlidir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
10. İlaç doktorun önerdiği şekilde kullanılmazsa, sonucunda ciddi rahatsızlıklar/komplikasyonlar gelişebilir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Tutum (11 madde)			
1. Doktorun verdiği ilaç, doktorun önerdiği şekilde kullanıldığında daha etkilidir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
2. İlaçlar düzenli kullanılırsa daha çabuk iyileşme sağlar	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

3. Muayene olarak ilaç kullanmak kendimi daha iyi hissettirir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
4. Fazla antibiyotik kullanmanın sağlık açısından bir zararı yoktur	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
5. Hap yutmakta güçlük çektiğim için ilaç kullanmak sinir bozucudur	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
6. Fiyatı pahalı olan ilaç, daha etkilidir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
7. İlaçlar iğne şeklinde uygulanırsa daha iyi etki eder	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
8. İğneden korkulduğunda, ağızdan alınan ilaçlar tercih edilebilir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
9. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik buluyorum	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
10. İlacın saklama koşullarına dikkat edersem ilacın etkinliği azalmaz	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
11. İlaçtan yarar görmüyorsam, ilacı kullanmayı bırakırım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Normotif Norm (3 madde)			
1. İlaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacı önerdiği eşdeğer	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

ilacı (farklı firmaların aynı etken maddeli ilacı) kabul etmemi bekler			
2. Doktorum/eczacımla ilacımla önerilerine uygun olarak kullanmamı bekler	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. Doktorum/eczacımla basında (televizyon, radyo, gazete vb.) reklamı yapılan ürünleri danışarak tedavi amacıyla kullanmamı bekler	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Subjektif Norm (3 madde)			
1. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarım tavsiye ettikleri ilaçları kullanmamı bekler	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
2. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarım ilaç tavsiyesinde bulunmamı bekler	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. Eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarım kendi kullandıkları ilaçları benim de kullanmamı bekler	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Kontrol İnançları (10 madde)			
1. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, mutlaka kendi başıma antibiyotik kullanırım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

2. İlaçları kullanmadan önce mutlaka "son kullanma tarihine" bakarım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
4. Hastalandığım zaman ilaç almak yerine mutlaka evde bitkisel tedavi (bitki çayı) uygulam	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
5. İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini internetten öğrenirim	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
6. İlaçlarımı nerede saklamam gerektiğini (oda ısısı/buzdolabı) biliyorum	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
7. Evimde ilaçları koymak için ecza dolabı/ uygun saklama yeri bulundururum	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
8. Basında (televizyon, radyo, gazete vb.) reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla mutlaka doktora danışarak kullanırım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
9. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

10. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Algılanan Davranışsal Kontrol (5 madde)			
1. İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini ilacın prospektüsünden okumak benim için zor olabilir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
2. Evde bulunan ilaçları tekrar kullanmak istediğim zaman daha önce belirtildiği şekilde almak tamamen bana bağlıdır	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. İlaçlarla birlikte tüketmemem gereken yiyecek ve içeceklere dikkat etmek tamamen bana bağlıdır	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
4. Bir tedavi sonrası arta kalan ilaçları gerektiği zaman kullanmak üzere saklamak benim için kolay olabilir	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
5. İlacımı her gün tam saatinde alacağıma eminim	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Niyet (5 madde)			
1. Muayene parası ödemek istemediğimde doktora gitmeden eczaneden ilaç alırım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

2. Doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendiririm	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. Bir tedavi sonrası arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye veririm	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
4. İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri mutlaka doktora sorarım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
5. Kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak ve doktora danışarak kullanırım	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
Bilgi (8 madde)			
1. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmeli	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
2. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tuvalete atılmamalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
3. Hastalığın iyileştiği düşünülerek ilacın/antibiyotiğin bitmesi beklenmeden bırakılmamalı, ilaç kullanımı doktor kontrolünde olmalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
4. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

5. Eczacı, ilacın nasıl kullanılacağı konusunda bilgi verip doğru anlaşılana kadar anlatmalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
6. İlaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurulmalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
7. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....
8. Düzenli vitamin, mineral desteği kullanılmamalı	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....	1 2 3 4 Öneri:.....

EK 9 Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (Son Form)**AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz.	Her zaman	Bazen	Hiç bir zaman
Davranışsal İnançlar			
1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim.			
2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur.			
3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm.			
4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personeline söylemediğimde zarar görürüm.			
5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığının ilerleyeceğini düşünürüm.			
6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım.			
7. Önemli bir rahatsızlık atlanabilir diye düşündüğüm için muayene olmadan ilaç almam.			
8. Mikroplara karşı direnç geliştiği için gereksiz antibiyotik kullanmaktan kaçınırım.			
9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesinin doğru tedavi için önemli olduğunu düşünürüm.			
Kontrol İnançları			
10. Doktorun verdiği ilacı, doktorun önerdiği şekilde kullanmayı önemserim.			

11. Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm.			
12. İlaç kullanmadan önce muayene olmak isterim.			
13. Hasta olunca doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan yanayım.			
14. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi başıma antibiyotik kullanırım.			
15. İlacın etkinliği azalmasın diye saklanma koşullarına dikkat ederim.			
16. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakarım.			
Tutum			
17. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum.			
18. İlaçtan yarar görmüyorsam, doktora danışmadan ilacı kullanmayı bırakırım.			
19. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.			
20. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım.			
21. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum.			
30. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.			
Subjektif Norm			
22. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiye ettikleri ilaçları kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
23. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarıma ilaç tavsiyesinden kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
Niyet			

24. Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum.			
25. Bundan sonra doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendirmeyi istiyorum.			
26. Bundan sonraki tedavimden arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye vermeyi planlıyorum.			
27. Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımını ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum.			
28. Bundan sonra kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak kullanmayı istiyorum.			
Bilgi			
29. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
30. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tualete atılmamalıdır.			
31. Hastalığın iyileştiği düşünülerek doktor kararı olmadan ilaç/antibiyotik planlanan süreden önce kesilmemelidir.			
32. İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır.			
33. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalıdır.			
34. İlaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurulmalıdır.			
35. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.			
36. İlaç kazalarını önlemek için çocuklar, yaşlılar ve engellilerin ulaşacağı yerde ilaçlar bırakılmamalıdır.			

EK 10 Morisky 8-Maddeli Tedavi Uyum Ölçeği

- 1) Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 2) İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlarlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 3) Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz hiç oldu mu?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 4) Seyahat ettiğiniz veya evden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınızda taşımayı bazen unutur musunuz?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 5) Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 6) Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz zaman bazen ilacınızı almayı durdurur musunuz?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 7) Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz?
 - A. Hayır
 - B. Evet
- 8) Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?
 - A. Hiç/nadiren
 - B. Arada bir
 - C. Bazen
 - D. Genellikle
 - E. Her zaman.

EK 11 Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığımız katkı için teşekkür ederim.

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6) Bilmiyorum

2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6) Bilmiyorum

3. Düzenli olarak tartılır mısınız?

- 1.Evet
- 2.Hayır

4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derece olmalıdır?

- 1) 36C⁰üstü
- 2) 36.5C⁰ üstü
- 3) 37C⁰ üstü
- 4)37.5 C⁰ üstü
- 5)Bilmiyorum

6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Ilık duş almak/aldırmak
- 2)Soğuk suya tutmak
- 3)Başına sirkeli bez koymak
- 4)Acile başvurmak
- 5)Terletmek için üzerini örtmek
- 6)Kıyafetlerini çıkarmak
- 7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak
- 8)Bilmiyorum

7.Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Eşin korunması(geri çekme)
- 2)Kondom(prezervatif)
- 3)Ria(spiral)
- 4)Doğum kontrol hapları
- 5)Bilmiyorum

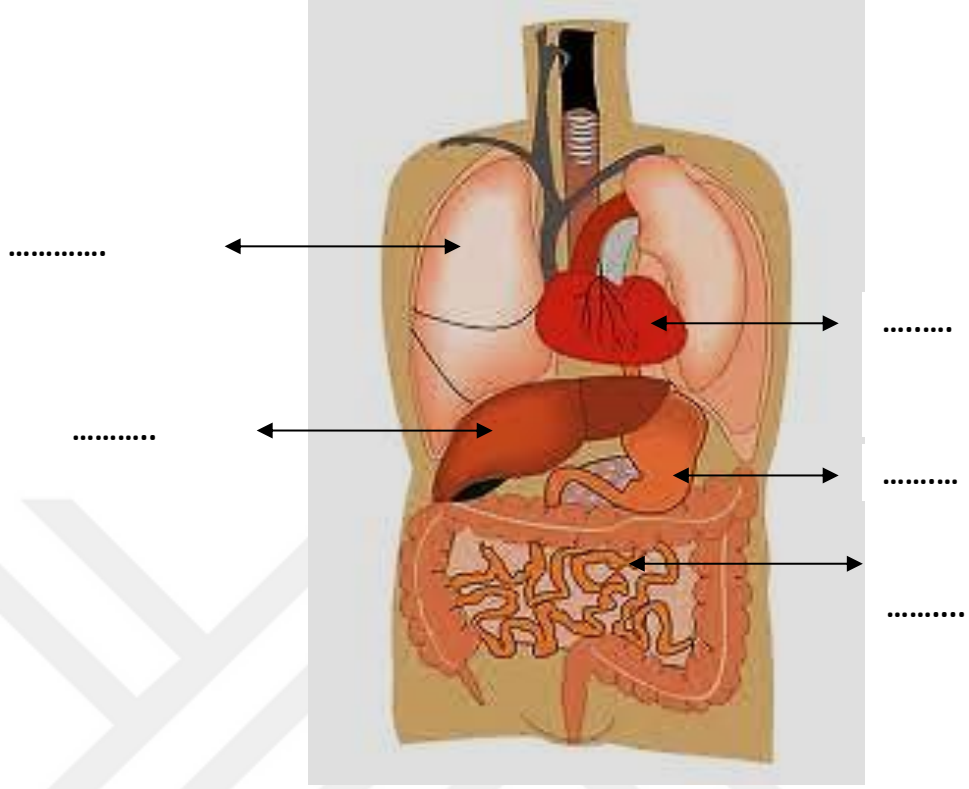
8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?

.....

9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?	
10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız? 1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum	
11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Meme Muayenesi ()	a.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi Tarama Testi ()	b.18 yaşından itibaren her ay
Pap Smear Testi ()	c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir
Bağırsak Kanseri Taraması ()	d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir

Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Testis Muayenesi ()	a. 18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi ()	b. 50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması ()	c. 50 yaş üstü erkekler için her yıl
14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	
Dahiliye ()	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ()	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ()	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ()	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ()	e. İç Hastalıkları
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarımızın neler olduğunu biliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır	
16. Sağlık kurumuna başvurduğunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız? 1)Evet 2)Hayır	
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır	
18. Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışsınız? 1)Evet 2)Hayır	
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz? 1)Evet 2)Hayır	
20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz? 1)Evet 2)Hayır	
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz? 1)Evet 2)Hayır	
22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız? 1)Evet 2)Hayır	

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.



EK 12 Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) : Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada görülme sıklığı yüksek olan hipertansiyon, önlenebilir ölüm nedenleri içinde birinci sırada yer almaktadır. Her 10 hipertansiyonlu hastasının yedisi hipertansiyon ilacı kullanmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı bütün dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde en temel ve önemli sağlık sorunlarından birisidir. Hastaların yarısından fazlası ilaçlarını doğru olarak kullanmamaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.

Bu çalışma, hastaların akılcı ilaç kullanmaya yönelik inanç ve tutumlarını değerlendirilebilmek için Planlı Davranış Teorisi’ ne dayalı olarak hazırlanan Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ nin geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. İkinci olarak hemşire tarafından eğitim verilen ve verilmeyen hipertansiyon tedavisi alan hastalar arasında akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı açısından fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Çalışmada, araştırmacı tarafından araştırma ile ilgili sorulan anket ve ölçek sorularına cevap vermeniz ve verilen eğitimi dinlemeniz istenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma esnasında kayıtlar yasalara uygun olarak araştırmacı tarafından toplanacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırma sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel dergilerde yayınlanabilir. Sonra sizlere araştırmacılar tarafından hazırlanan “ Hipertansiyon Eğitim Kitapçığı” dağıtılarak bu konu ile ilgili doğru bilgilenmeniz sağlanacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŐLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Tamamen akademik amaçlı olan bu çalışmanın olası hiçbir zararı bulunmamaktadır.

KİŐSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma sonrasında kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

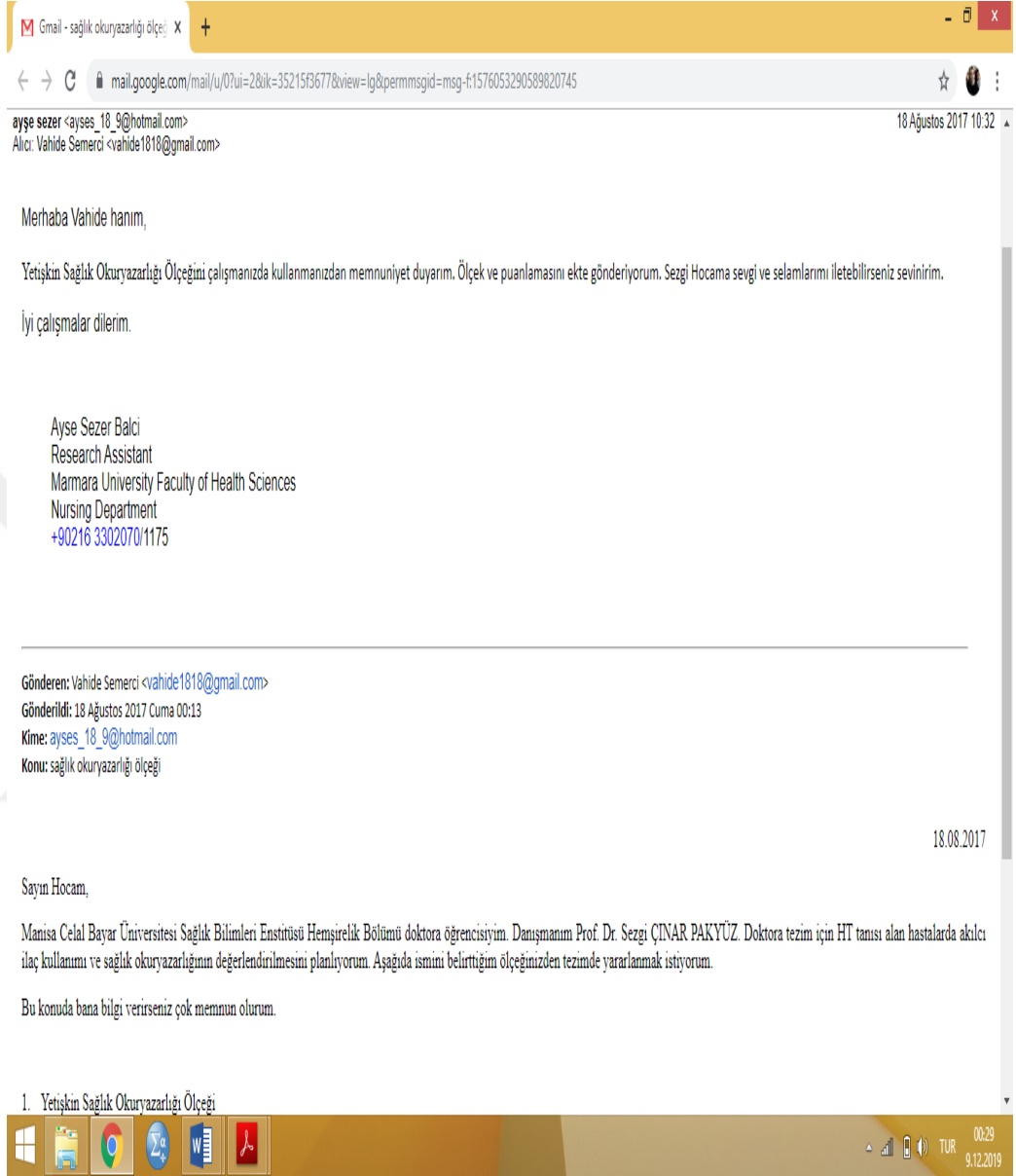
SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Çalışma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacı Vahide ÇAKMAK’ a 0507 992 69 17 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

EK 13 Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İzin Belgesi



Gmail - sağlık okuryazarlığı ölçeği X

mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=35215f3677&view=lg&permmsgid=msg-f:1576053290589820745

ayşe sezer <ayses_18_9@hotmail.com> 18 Ağustos 2017 10:32
Alıcı: Vahide Semerci <vahide1818@gmail.com>

Merhaba Vahide hanım,

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek ve puanlamasını ekte gönderiyorum. Sezgi Hocama sevgi ve selamlarımı iletibilirseniz sevinirim.

İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Sezer Balcı
Research Assistant
Marmara University Faculty of Health Sciences
Nursing Department
+90216 3302070/1175

Gönderen: Vahide Semerci <vahide1818@gmail.com>
Gönderildi: 18 Ağustos 2017 Cuma 00:13
Kime: ayses_18_9@hotmail.com
Konu: sağlık okuryazarlığı ölçeği

18.08.2017

Sayın Hocam,

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisiyim. Danışmanım Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ. Doktora tezim için HT tanısı alan hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesini planlıyorum. Aşağıda ismini belirttiğim ölçeğinizden tezimde yararlanmak istiyorum.

Bu konuda bana bilgi verirseniz çok memnun olurum.

1. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Windows taskbar icons: File Explorer, Chrome, Word, PowerPoint, PDF Reader, System tray: Network, Volume, Battery, TUR, 00:29, 9.12.2019

EK 14 Özgeçmiş

Adı	Vahide	Soyadı	Çakmak
Doğum Yeri	Balya	Doğum Tarihi	20.05.1987
Uyruğu	TC	Tel	05079926917
E-mail	vahide1818@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014
Lisans	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu	2010
Lise	Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Ebe	İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi/İzmir	3 yıl (2007-2010)
Ebe	Eldivan Toplum Sağlığı Merkezi/Çankırı	3 yıl (2010-2013)
Ebe	Pazar Entegre Devlet Hastanesi/Tokat	2 yıl (2013-2015)
Ebe	Demirci Toplum Sağlığı Merkezi/Manisa	3 yıl (2015- 2018)
Ebe	Demirci İlçe Sağlık Müdürlüğü/Manisa	1 yıl (2018- 2019)
Aile Sağlığı Elemanı	Demirci 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	(2019-Halen)

Yabancı Dilleri		Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma				
İngilizce		Orta	Orta	Orta				
Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CP E
	57.50							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word, Excel	İyi

YAYINLAR

Yurt dışı hakemli dergilerde yayınlanan İngilizce tam metinli makaleler:

- Cinar N, Cakmak V. Is waterpipe smoking becoming increasingly widespread among the youth? Asian Pac J Cancer Prev, 2014;15(18), 8005-6.
- Cakmak V, Cinar N. Turkish Adolescent Perceptions about the Effects of Water Pipe Smoking on their Health. Asian Pac J Cancer Prev, 2015;16 (18), 8645-52.

Yurt içi hakemli dergilerde yayınlanan Türkçe tam metinli makaleler:

- Çakmak V, Şahin S. Annedeki Obezitenin Emzirmeye Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi, 2014;2(2) 1-5.
- Çakmak V, Çınar N. Gençler Arasında Giderek Yaygınlaşan Nargilenin Sağlığa Etkileri. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi, 2014;2(3) 43-50.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) tam metin olarak basılan bildiriler:

- Çakmak V, Duran M. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Akılcı Antibiyotik Kullanımına Yaklaşım. 1.Uluslararası Demirci Sempozyumu. 12-14 Ekim 2017, sf. 278-286, Demirci/MANİSA, Sözel Bildirisi.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) özeti basılan bildiriler:

- Çakmak V. Aile Hekimliğine Başvuru Sebeplerinin Belirlenmesi, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-26 Nisan 2014, s.105, ESKİŞEHİR, Poster Bildirisi.
- Çakmak V, Özgen D. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-26 Nisan 2014, s.98, ESKİŞEHİR, Poster Bildirisi.

**Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) özeti
basılan bildiriler:**

- Çakmak V, Şahin S. Annedeki Obezitenin Emzirmeye Etkisi, Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, 20 Aralık 2013, s.82, SAKARYA, Poster Bildirisi.
- Özgen D, Çakmak V. Obezite ve Tedavisi, Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, 20 Aralık 2013, s.94, SAKARYA, Poster Bildirisi.

Katıldığı Kongreler

- II. Uluslararası Katılımlı Kadın&Sağlık Kongresi, 13-16 Mayıs 2013, SAKARYA.
- Uluslararası Evde Bakım ve Palyatif Bakım Kongresi, 17 Şubat 2016, MANİSA.

11. DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı "Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi"

Tezime ilişkin 04/10/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 20'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

06.12.2019

Adı Soyadı : Vahide ÇAKMAK
Öğrenci No :151361001
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Hemşirelik Doktora Programı



DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Prof. Dr. Seren GİRNEKÇİ

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

