

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr.Öğr.Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

**HİPERTANSİYON TANISI ALAN HASTALARA
VERİLEN ÖZ YÖNETİM DESTEĞİNİN
BİLGİ DÜZEYİ, TEDAVİYE UYUM VE ÖZ BAKIM
YÖNETİMİNE ETKİSİ**

(Doktora Tezi)

Duygu KURT

Referans no: 10150053

EDİRNE-2020

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr.Öğr.Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

**HİPERTANSİYON TANISI ALAN HASTALARA
VERİLEN ÖZ YÖNETİM DESTEĞİNİN
BİLGİ DÜZEYİ, TEDAVİYE UYUM VE ÖZ BAKIM
YÖNETİMİNE ETKİSİ**

(Doktora Tezi)

Duygu KURT

Tez No:

EDİRNE-2020

T. C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **HEMŞİRELİK** Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde ve **Dr.Öğr.Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN** danışmanlığında doktora öğrencisi **Duygu KURT** tarafından tez başlığı "**Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalara Verilen Öz Yönetim Desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimine Etkisi**" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **14.02.2020** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Doktora Tezi**" olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Türkinaz AŞTI
JÜRİ BAŞKANI

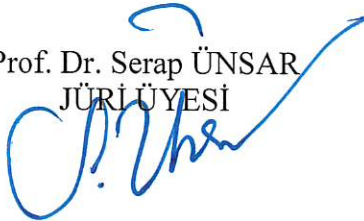
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR
JÜRİ ÜYESİ



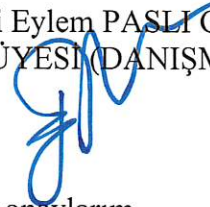
Prof. Dr. Hanefi Yekta GÜRLERTOP
JÜRİ ÜYESİ



Prof. Dr. Serap ÜNSAR
JÜRİ ÜYESİ



Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN
JÜRİ ÜYESİ (DANIŞMAN)



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHI

Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalıőmamın her aşamasında bilimsel katkıları ve destekleri için danıőmanım Dr.Öğr.Üyesi Eylem PASLI GÜRDOğAN'a, tez izleme komitesi üyeleri Prof.Dr. H. Yekta GÜRLERTOP ve Prof.Dr. Serap ÜNSAR'a, çalıőmamı gerçekleőtirdięim Edirne Sultan I.Murat Devlet Hastanesi'nin değerli çalışanlarına, çalışmaya katılan hastalara ve sevgili aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
HİPERTANSİYON	3
HİPERTANSİYON HASTALARINDA BİLGİ DÜZEYİ	19
HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM	21
HİPERTANSİYON HASTALARINDA ÖZ YÖNETİM	24
HİPERTANSİYON HASTALARINDA ÖZ-BAKIM YÖNETİMİ	26
GEREÇ VE YÖNTEMLER	29
BULGULAR	39
TARTIŞMA	80
SONUÇLAR	93
ÖZET	97
SUMMARY	99
KAYNAKLAR	101
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ	115
ÖZGEÇMİŞ	118
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DASH	: Dietary Approach to Stop Hypertension
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBHTUÖ	: Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
HİB-DÖ	: Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KHÖBYÖ	: Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
MI	: Miyokard İnfarktüsü
RAS	: Renin Anjiyotensin Sistem Blokeri
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
SKB	: Sistolik Kan Basıncı

GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, arter içi kan basıncının artması ile karakterize genetik, edinsel ve metabolik bozuklukların birlikte rol oynadığı bir sendrom, sık görülen, önlenebilir ve tedavi edilebilir kronik bir hastalıktır (1,2). Genel toplumda hipertansiyon prevalansının %30-45 arasında değişmekte olduğu ve yaşlanma ile birlikte bu oranın artış gösterdiği bildirilmektedir (3). Kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalıkları, erken ölüm ve yeti yitimi gibi birçok soruna neden olan hipertansiyon, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden, inmeye bağlı ölümlerin %51'inden, tüm dünyadaki erişkin ölümlerinin %6'sından sorumlu tutulmaktadır (4,5).

Hipertansiyon tedavisinde temel hedef hastada optimum kan basıncı kontrolünü sağlamaktır (3). Kan basıncı kontrolünün sağlanmasında en önemli faktörlerden biri ise tedaviye uyumun sağlanması ve sürdürülmesidir (6,7). Hipertansiyonda tedaviye uyumsuzluk sık karşılaşılan bir sorun olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kronik hastalıkları olan bireylerin yaklaşık yarısının tedaviye uyumsuz olduğu bildirilmektedir (8).

Kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması; tedavinin yanında çeşitli eğitim ve destek programları ile hastanın bilgi düzeyinin yükseltilmesinin, tedaviye uyumun sağlanmasının ve öz bakım yönetim becerilerinin kazandırılmasının önemini arttırmaktadır (9). Bunun için hastaya hastalık yönetimine ilişkin eğitim verilmesi ve evde kan basıncı izleminin öğretilmesi

gibi öz yönetim desteğinin sağlanması gerekmektedir (4,10). Öz yönetim desteği; bireye hastalık yönetiminde bilgi, beceri ve güven kazandırmayı, öz bakımı sürdürmek için kaynak sağlamayı, karar verme sürecinde desteklemeyi, problemleri tanımlama ve baş etmede yardımcı olmayı, toplum kaynaklarına sevk etmeyi ve sürecin sürekli tanınmasını içermektedir (9). Hipertansif hastalarda öz bakım yönetimi; diyet, egzersiz, alkol tüketimini sınırlandırma, sigara içmeme, kilo yönetimi, düzenli doktor kontrolü, stresle başa çıkma, ilaç tedavisine uyum, evde kan basıncı izleme ve ölçme becerisi gibi davranışları kapsamaktadır (11,12,13,14).

Sağlıklı bir toplum için bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çaba göstermesi önemlidir. Bunu sağlamak için, birey öz bakımını sürdürmede gerekli olan yeterli bilgi ve becerilerle donatılmalıdır (15). Yeterince bilgilendirilmeyen ve tedaviye katılımı sağlanamayan hastalar davranış değiştirmede yetersiz uyum ve daha olumsuz sağlık bakım sonuçları göstermektedirler. Literatürde etkili bir öz bakım yönetimi ile hipertansiyon kontrolünün sağlanacağı, hastanelere başvuru ve yatışların azalacağı, hastalığın yan etkilerinin sınırlandırılacağı, bağımlılığın önleneceği, yaşam kalitesinin artacağı ve sağlık harcamalarının azalacağı belirtilmektedir (9,15).

Diğer sağlık çalışanlarına oranla hasta ile daha fazla zaman geçiren hemşireler bakımın sürekliliğinden ve hasta eğitiminden sorumlu sağlık ekibi üyeleridir (16,17). Toplumun sağlığını koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini artırma, hastalık nedeni ile ortaya çıkan sorunlar ile başa çıkma ve kendi öz bakımını sağlama konusunda danışmanlık verme hemşirelerin bağımsız rolleri arasında yer almaktadır. Kronik hastalıkları olan bireyleri izleyerek, onlara eğitim ve danışmanlık yapmak, gerekli bakım becerilerini geliştirmelerini sağlamak hemşirelerin önemli görev ve sorumluluklarındandır (18).

Bu randomize kontrollü çalışmada hipertansiyon tanısı koyulan hastalara, verilen öz yönetim desteğinin, hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine, tedaviye uyumuna ve öz bakım yönetimine etkisinin belirlenmesi, ayrıca verilen öz yönetim desteği sonrasında hastaların kan basıncı değerlerindeki değişimin incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

HİPERTANSİYON

Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon sistemik bir hastalık olup, kan basıncının sürekli yüksek olması ile karakterize, ciddi komplikasyonları olan ve yaygın olarak görülen önemli bir toplum sağlığı problemidir (19). Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği 2018 yılı Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'nda hipertansiyon, ofis sistolik kan basıncı (SKB) değerinin ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı (DKB) değerinin ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır (3).

Hipertansiyon hem dünyada, hem de ülkemizde kardiyovasküler ve renal hastalıklar için risk faktörü olup, tedavi edilmediğinde koroner ve periferik arter hastalıklarına, aort diseksiyonuna, kalp ve böbrek yetersizliğine, trombotik ve hemorajik inmelere neden olarak mortalite, morbidite ve tedavi maliyetlerini arttırmaktadır (10,19,20,21,22). Hipertansiyon ile etkin bir şekilde başa çıkabilmek için hastaların erken dönemde tespit edilerek tedavilerinin düzenlenmesi, tedavi altında olanların ise düzenli takiplerinin yapılması gereklidir (23).

Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon tedavisinde yaşanan önemli gelişmelere rağmen, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. DSÖ'nün 2013 yılı verilerinde dünyada her yıl yaklaşık 17 milyon kişinin kardiyovasküler sistem hastalıkları nedeni ile yaşamını kaybettiği, bunlar arasında her yıl 9,4 milyon ölümün hipertansiyonun komplikasyonlarına bağlı olarak olduğu bildirilmiştir (24). Ayrıca Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2018 yılı Arteriyel Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzu'nda dünyada yetişkinlerde hipertansiyon prevalansının %30-45 arasında olduğu, nüfus yaşlandıkça hipertansiyon prevalansının yükseldiği ve 2025 yılında hipertansiyonu olan birey sayısının 1,5 milyara ulaşacağı belirtilmiştir. Aynı kılavuzda 2015 yılında dünyadaki erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden birisinin hipertansiyon olduğu, yaklaşık 10 milyon ölümün ve 200 milyon sakatlığın hipertansiyon nedeni ile gerçekleştiği bildirilmiştir (3).

Ülkemizde yapılan ilk geniş çaplı hipertansiyon prevalans çalışması olan Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri çalışmasının verilerine göre, Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %33,7 olduğu, her 3 yetişkinden 1'inde hipertansiyon görüldüğü bildirilmiştir (25). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda ise (Patent) hipertansiyon prevalansı %31,8 olarak bildirilmiş ve kadınlarda (%36,1) erkeklere göre (%27,5) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca, hastaların sadece %40,7'sinin hastalığının farkında olduğu, tedavi alanların sadece %20,7'sinin kan basınçlarının kontrol altında olduğu bildirilmiştir (26). Yapılan başka bir çalışmada Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %30,3 olduğu, kadınlarda görülme sıklığının %32,3, erkeklerde ise %28,4 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %54,7'sinin hastalığının farkında olduğu, %47,5'inin ilaç tedavisi aldığı ve tedavi alanların %53,9'unun kan basınçlarının kontrol altında olduğu bildirilmiştir (27).

Hipertansiyonun Etiyolojisi

Hipertansiyonun ortaya çıkmasında kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri önemlidir. Kontrol edilemeyen risk faktörleri arasında; aile öyküsü, genetik faktörler, ırk, yaş ve cinsiyet bulunmaktadır. Kontrol edilebilen risk faktörlerini ise; sodyumun fazla tüketilmesi, potasyum, magnezyum ve kalsiyumun az tüketilmesi, obezite, özellikle vücudun üst bölümünde bel ve karın bölgesinde yağ miktarının artması, sigara kullanma, alkol tüketme, insülin direnci ve stres oluşturmaktadır (28).

Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda erkeklerde kadınlara oranla daha fazla hipertansiyon görüldüğü, yaşla birlikte hipertansiyon görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Sigara kullanmak kan basıncının yükselmesinde, obezite ise yüksek kan basıncının ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. Total kolesterol ve HDL yüksek olması, diyabet, erken menapoz, sedanter yaşam, oluşmuş kardiyovasküler hastalık ve böbrek hastalığı, kalp atım hızının yüksek olması (dinlenme değeri>80 atım/dakika), ailede hipertansiyon varlığı ve düşük sosyo-ekonomik durum hipertansiyon gelişme riskini arttırmaktadır (3).

Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Tanı ve tedavi yaklaşımına yön vermesi nedeni ile hipertansiyonun sınıflandırılması önemlidir. Hipertansiyonun sınıflandırılmasında genellikle kan basıncı değeri ve etiyolojik faktörler kullanılmaktadır (22).

Kan basıncı değerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması: Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda yer alan kan basıncı değerine göre sınıflama aşağıdaki tabloda olduğu gibidir (Tablo 1). Bu sınıflamaya göre SKB'nın 120-129 mmHg ve/veya DKB'nın 80-84 mmHg olması normal kan basıncı değeri olarak kabul edilirken, en uygun kan basıncı değerinin SKB<120 mmHg ve DKB<80 mmHg olması gerektiği üzerinde uzlaşma bulunmaktadır (1,3).

Tablo 1. Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzuna göre kan basıncı değerlerinin sınıflaması (3)

Kategori	Sistolik		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 hipertansiyon	≥140	ve	<90

Amerika Hipertansiyon Kılavuzu'nda yer alan kan basıncı değerine göre sınıflama ise aşağıdaki tabloda olduğu gibidir (Tablo 2). Bu sınıflamaya göre SKB'nın <120 mmHg ve DKB'nın <80 mmHg olması normal kan basıncı değeri olarak kabul edilmektedir (29).

Tablo 2. Amerika Hipertansiyon Kılavuzuna göre kan basıncı değerlerinin sınıflaması (29)

Kan Basıncı Kategorisi	Sistolik Kan Basıncı		Diastolik Kan Basıncı
Normal	<120 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Yüksek	120-129 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Hipertansiyon			
Evre 1	130-139 mm Hg	veya	80-89 mm Hg
Evre 2	≥140 mm Hg	veya	≥90 mm Hg

Etiyolojisine göre hipertansiyonun sınıflandırılması: Etiyolojisine göre hipertansiyon, primer (esansiyel, birincil, nedeni bilinmeyen) ve sekonder (ikincil, nedeni bilinen) olarak sınıflandırılmaktadır (28). Hipertansiyon hastalarının %95'inde primer, %5'inde ise sekonder hipertansiyon mevcuttur. Primer hipertansiyon hastalarında bir neden saptanamaz iken, sekonder hipertansiyon hastalarında belirgin bir neden mevcuttur. Nedenin saptanması tedaviye yön vermesi açısından önemlidir (30).

Primer (esansiyel) hipertansiyon: Primer ya da esansiyel hipertansiyon, mekanizması kesin olarak bilinmeyen, ikincil bir hastalığa bağlı olarak oluşmamış, sistemik arteriyel kan basıncının sürekli yüksek olmasıdır. Tüm hipertansiyon olgularının %80-90'ını esansiyel hipertansiyon oluşturmaktadır (19). Esansiyel hipertansiyonun ortaya çıkmasında hem kalıtsal hem de çevresel risk faktörlerinin etkisi vardır (22,30). Bu risk faktörleri; ileri yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, hiperkolesterolemi, diyabet, ailede hipertansiyon öyküsü, obezite, tuz tüketimi, alkol tüketimi, insülin direnci, stres, kişilik yapısı ve sedanter yaşam şeklidir (2,20,28).

Sekonder hipertansiyon: Hipertansiyon vakalarının %10-20'sini sekonder hipertansiyon oluşturmaktadır (19). Arter kan basıncındaki yükselmenin çeşitli hastalıkların

bulgularından birisi olduğu durumdur (22). Böbrek arter stenozu, obstrüktif uyku apnesi, hiperaldosteronizm, feokromasitoma, cushing sendromu, tiroid ve paratiroid hormonlarındaki anormallikler, aort koarktasyonu, parankim hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi ve ekzojen ilaç kullanımı (oral kontraseptifler, östrojen içeren bileşikler, sempatomimetikler, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar, antiinflamatuvarlar gibi) sekonder hipertansiyonun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (2,28,30). Çoğunlukla <20 yaş ve >50 yaş arasında görülmektedir (28).

Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon: Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon, ofis ve ofis dışı kan basınçları arasındaki tutarsızlığı tanımlamak için kullanılmaktadır. Beyaz önlük hipertansiyonu, kan basıncının ofis ölçümünde yüksek, ev ve ambulatuvar ölçümde ise normal olmasıdır. Maskeli hipertansiyon ise bu durumun tam tersidir. Hipertansiyon vakalarının %30-40'ından beyaz önlük hipertansiyonu sorumlu tutulmaktadır. Yaş ve kadın cinsiyet beyaz önlük hipertansiyonunun görülme sıklığını arttırmaktadır. Beyaz önlük hipertansiyonu tüm hipertansiyon derecelerinde görülebilmesine rağmen Evre I'de prevalans daha fazla olmaktadır. Beyaz önlük hipertansiyonu olan kişilerin ofis dışı kan basıncı ölçümleri ile değerlendirilmesi ve yakından takip edilmesi önerilmektedir (3).

Maskeli hipertansiyon normal ofis kan basıncına sahip kişilerin yaklaşık %15'inde bulunabilmektedir. Genç yaş, erkek cinsiyet, sigara ve alkol tüketimi, fiziksel aktivite, egzersiz kaynaklı hipertansiyon, anksiyete, iş stresi, obezite, diyabet, kronik böbrek hastalığı ve ailede hipertansiyon öyküsü gibi birçok faktör ofis dışı kan basıncını ofis kan basıncına göre yükseltebilmektedir (3).

Hipertansiyonda Tedavi

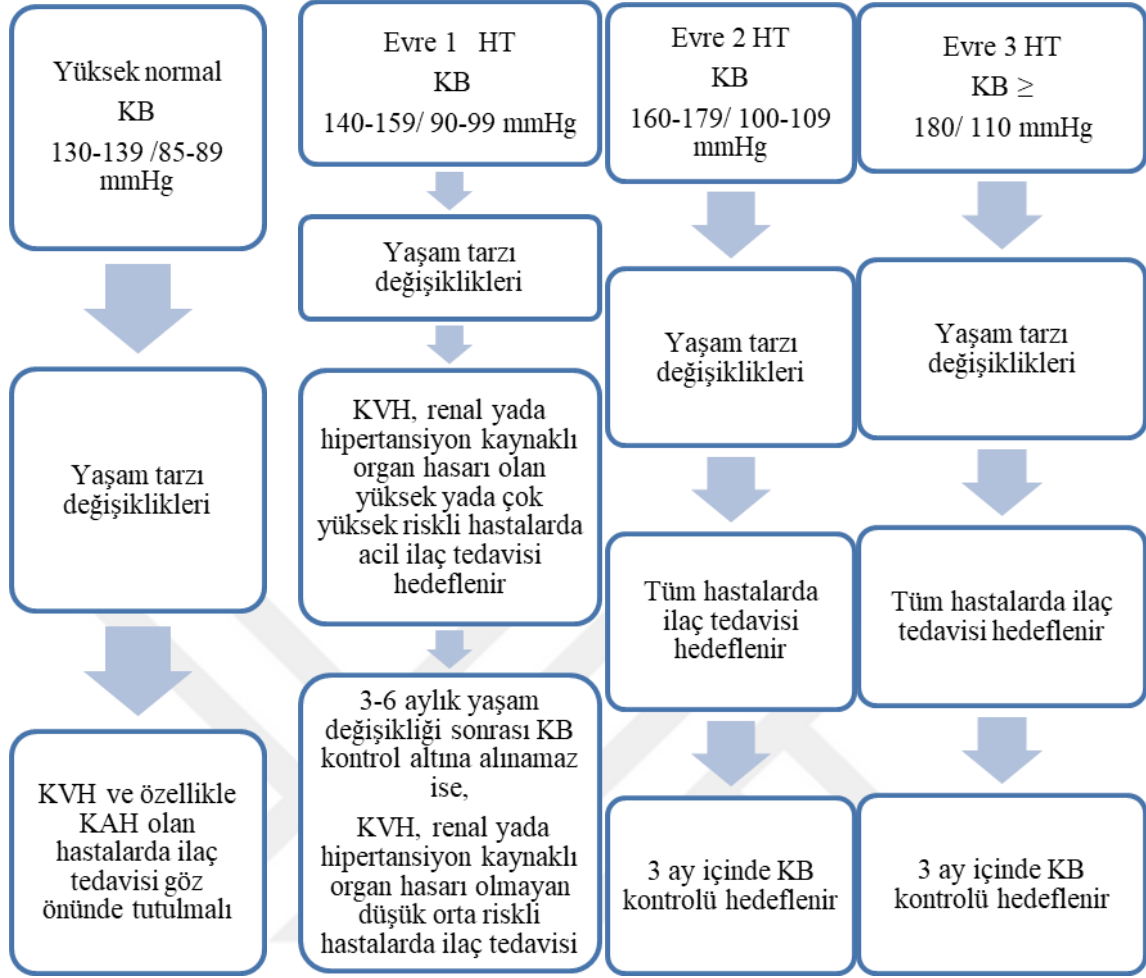
Hipertansiyonun tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları, yaşam tarzı değişiklikleri kullanılmaktadır. Tedavinin esasını ilaç tedavisi oluştursa da yaşam tarzı değişikliklerinin de kan basıncının kontrol altına alınmasında önemli yeri bulunmaktadır (2).

Hipertansiyon tedavisinde öncelikle kan basıncının <140/90 mmHg seviyesinde olması, bu sağlandıktan sonra tolere edebilen hastalarda kan basıncının 130/80 mmHg ya da daha düşük seviyede olması hedeflenmektedir. Diyastolik kan basıncının ise tüm hastalarda <80

mmHg olması hedeflenmektedir. Ayrıca hipertansiyon hastalarının tedavisinde organ hasarını durdurmak ya da geriletmek, kardiyovasküler riski azaltmak, morbidite ve mortaliteyi düşürmek, komplikasyonları önlemek, yaşam kalitesini yükseltmek, hastalığa uyumun sağlanması ve semptomların kontrol altına alınması hedeflenmektedir (22,31,32).

Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda yer alan ofis kan basıncına göre hipertansiyon tedavisine başlama ile ilgili öneriler kanıt düzeylerine göre şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kardiyovasküler risk düzeyi ne olursa olsun 2. ve 3. derece hipertansiyonu olan hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte hemen ilaç tedavisine başlanmalıdır (Kanıt düzeyi IA).
 - I.derece hipertansiyonu olan hastalarda;
 - ✓ Öncelikle kan basıncının takibi ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir (Kanıt düzeyi IIB).
 - ✓ I.derece hipertansiyonu olan düşük ve orta risk altındaki ve kanıtlanmış organ hasarı olmayan hastalarda yaşam tarzı değişikliklerinden sonra hasta halen hipertansif ise ilaç tedavisi başlanması önerilmektedir (Kanıt düzeyi IA).
 - ✓ I.derece hipertansiyonu olan yüksek risk altındaki ve kanıtlanmış organ hasarı olan hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte aynı anda ilaç tedavisinin başlanması önerilmektedir (Kanıt düzeyi IA).
 - Yaşlı hastalarda (>80 yaş dahil) sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg olduğunda yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte antihipertansif ilaç tedavisi başlanması önerilmektedir (Kanıt düzeyi IA).
 - Yüksek normal kan basıncı olan hastalarda (130-139/85-89 mmHg).
 - ✓ Öncelikle yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir (Kanıt düzeyi IA).
 - ✓ Hastanın kardiyovasküler riski yüksek ve koroner arter hastalığı (KAH) var ise bu hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine başlanması düşünülmelidir (Kanıt düzeyi IIB)
- (3).



Şekil 1. Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'na göre yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaç tedavisine başlama kriterleri (3)

Farmakolojik tedavi: Hipertansiyonun tedavisinde çoğu hasta yaşam tarzı önerilerine ek olarak ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır. Optimum kan basıncı kontrolü sağlamak için kullanılan ilaçlar anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretiklerdir. Bu ilaçlar monoterapi veya kombinasyon tedavisi olarak kullanılabilir (3).

Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda ilaç tedavisine başlama kriterleri şu şekilde sıralanmıştır.

- Tüm antihipertansif ilaçlar arasında ACE inhibitörleri, ARB'ler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretiklerin randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) ile kan basıncı ve kardiyovasküler olayları etkin bir şekilde azalttığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu ilaçlar antihipertansif tedavi stratejilerinin temelini oluşturmaktadır (Kanıt düzeyi IA).

- Kombine tedavi çoğu hipertansif hastada ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Tercih edilen kombinasyonlar bir renin anjiyotensin sistem (RAS) blokeri (ACE inhibitör ya da ARB) ile bir kalsiyum kanal blokeri ya da diüretiktir. Beş majör ilacın diğer kombinasyon çeşitleri de kullanılabilir (Kanıt düzeyi IA).
- Anjina, myokard infarktüsü (MI) sonrası, kalp yetersizliği ve kalp hızı kontrolünde beta blokerlerin diğer ana sınıf ilaçlardan biri ile kullanılması önerilmektedir (Kanıt düzeyi IA).
- İkili ilaç kombinasyonlarında istisnai durumlar (yaşlı zayıf hasta, düşük riskli ve I.derece hipertansiyon özellikle SKB<150 mmHg haricinde tercihen tek hap kombinasyonu önerilmektedir (Kanıt düzeyi IB).
- Kan basıncı ikili ilaç kombinasyonu ile kontrol altına alınamaz ise üçlü ilaç kombinasyonu önerilmektedir. Bu üçlü kombinasyon genellikle bir RAS blokeri ile kalsiyum kanal blokeri ve tiazid/tiazid benzeri diüretik içeren tek ilaç kombinasyonu şeklinde önerilmektedir. (Kanıt düzeyi IA).
- Eğer kan basıncı üçlü ilaç kombinasyonu ile kontrol altına alınamaz ise tedaviye spironolaktan ya da tolere edilemediği durumlarda amiloride veya diğer diüretiklerin yüksek dozları, beta bloker ya da alfa bloker eklenmektedir (Kanıt düzeyi IB).
- İki RAS engelleyicinin kombinasyonu önerilmemektedir (Kanıt düzeyi IIIB) (3).

Beta blokerler: Beta blokerler arteriyel damar direncini azaltarak kan basıncını düşürücü etki oluşturmakta, inme, kalp yetersizliği ve majör kardiyovasküler olayların riskini önemli ölçüde azaltmaktadırlar (3,30). Semptomatik anjina, post-MI ve ejeksiyon fraksiyonu azalmış kalp yetersizliği olan, hamilelik planlayan ya da çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlarda ACE inhibitörleri ve ARB'ye alternatif olarak kullanılmaktadırlar (3).

Diüretikler: Diüretikler 1960'lı yıllardan bu yana hipertansiyon tedavisinin temel taşı olarak kullanılmaktadırlar. Kalp yetersizliğini önlemede diğer ilaçlardan daha etkili oldukları bildirilmektedir. İndapamid diüretiklerin antihipertansif etkileri 24 saat sürmektedir. Ventriküler ektopik atımlar, hipopotasemi, azalmış glukoz toleransı ve impotans diüretiklerin yan etkileridir (30).

Kalsiyum antagonistleri: Damarların düz kaslarında vazodilatasyon yaparak kan basıncını düşürmektedirler (30). Hipertansiyona bağlı organ hasarı olan hastalarda karotid

aterosklerozunun ilerlemesinin yavaşlatılması, sol ventr k l hipertrofisi ve proteinürinin azaltılmasında beta blokerlerden daha etkilidirler. Kalsiyum antagonisti kullanımında inme beklenenden daha az gerçekleşmektedir (3). En önemli yan etkisi periferik  dem olup kalp yetersizliği ya da kalp bloğu olan hastalarda dihidropiridin grubunda olmayan kalsiyum antagonistleri kullanılmamalıdır (30).

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri: Plazmada anjiyotensin II düzeyini azaltarak arteriollerde ve venüllerde vazodilatasyona neden olmakta ve böylece kan basıncını düşürmektedirler. ACE inhibitörleri kinin birikimine neden olmakta, güçlü bir vazodilatör olan kinin ise periferik vasküler direnci azaltarak kan basıncını düşürmektedir. ACE inhibitörlerinin renal arter stenozu, kuru öksürük, glomerül filtrasyon hızında düşme ve nadiren anjiödem gibi yan etkileri bulunmaktadır (30).

Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB): Anjiyotensin II'nin anjiyotensin I'e bağlanmasını engelleyerek renal arter stenozu olan hastalarda glomerül filtrasyon hızını düşürebilmektedir. ARB'lerin yan etkileri daha az görüldüğünden, hastanın tedaviyi bırakma oranı diğer antihipertansif ilaçlara göre daha düşüktür (3).

Yaşam tarzı değişiklikleri: Kan basıncının düşürülerek hastanın klinik durumunun kontrol altına alınması, kardiyovasküler riskin azaltılması, hastanın kendi tedavisine katkıda bulunması, kullanılan ya da kullanılma ihtimali olan antihipertansif ilaç sayısı ve dozunun azaltılmasında yaşam tarzı değişikliklerinin önemli yeri vardır (2,22). Yaşam tarzı değişiklikleri ile kardiyovasküler risklerin azaltılması sağlanabilmekte, ayrıca I.evre hipertansiyonu olan hastalarda ilaç tedavisine başlanması geciktirilebilmektedir. Ancak yüksek kardiyovasküler risk ve hipertansiyona bağlı organ hasarı varsa ilaç tedavisinin geciktirilmemesi gereklidir (3).

Kan basıncının kontrol altına alınmasında, önerilen yaşam tarzı değişiklikleri olarak; tuz kısıtlaması, alkol tüketiminin makul ölülere indirilmesi ya da bırakılması, sebze ve meyve tüketiminin arttırılması, kilo verme ve ideal vücut ağırlığının korunması, düzenli fiziksel egzersiz yapılması ve sigaranın bırakılması önerilmektedir (3).

Diyette sodyumun kısıtlanması: Sodyum, sofraya tuzu şeklinde gıdalarla alınmaktadır. Sofra tuzunda sodyum ile birlikte bulunan klorür sodyumun etkisini arttırmaktadır (2). Diyetle tuz alımı günlük 5 gramdan az olmalıdır. Dünyada sodyum alımı günde 3,5-5,5 gram arasındadır. Bu miktar günde 9-12 gram tuza karşılık gelmektedir. Günde 2 gram sodyum alınır bu 5 gram tuza eşdeğerdir (3). Birçok ülkede günlük tuz tüketimi 9-12 gr/gün olup ülkemizde ise 14 gr/gün civarındadır (21,33).

Diyette alınan sodyum miktarı ile (her gün >5gr sodyum) kan basıncı arasında ilişki vardır ve artan sodyum alımı hipertansiyon prevalansında artışa neden olmaktadır. Sodyum alımını günde 1,75 gram azaltmanın sistolik kan basıncını 4,2 mmHg, diyastolik kan basıncını ise 2,1 mmHg azalttığı bildirilmektedir (34). Diyetle tuzun azaltılması, besinlerin özellikle hazır gıdaların içerdiği yüksek tuz seviyeleri nedeni ile kolay olmamaktadır. İlave tuz kullanılmaması ve yüksek miktarda tuz içeren gıdalardan uzak durulması tavsiye edilmektedir (3). Özellikle DASH (dietary approach to stop hypertension-hipertansiyon düşürücü diyet) diyetinin ve diyetle yüksek miktarda potasyum tüketiminin sodyum alımının neden olduğu olumsuz etkileri dengelediği bildirilmektedir (21).

Alkol tüketiminin makul ölçülere indirilmesi: Alkol, antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta ve inme riskini arttırmaktadır (2). Alkol tüketimi ile kan basıncı düzeyleri ve hipertansiyon görülme sıklığı arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu bildirilmektedir. Toplam alkol tüketiminin bir haftada erkeklerde 14 birim, kadınlarda ise 8 birimi aşmaması önerilmektedir (1 birim=125 ml şarap, 250 ml bira) (3). Yapılan bir çalışmada alkol tüketiminin azaltılmasının 6 aylık periyotta kan basıncında 1,2/0,7 mmHg'lik bir düşüş sağladığı belirlenmiştir (35).

Diğer beslenme değişiklikleri: Hipertansiyonda beslenmenin ilk hedefi vücut ağırlığının korunması ve gerekli ise bireyin kilo kontrolünün sağlanmasıdır (20). Hasta fazla kilolu ise ağırlığının en az %5-10'unu verebilmesi için desteklenmelidir (5). Hipertansif hastaların düzenli ve dengeli beslenmeleri, diyetlerinin sebze, baklagil, taze meyve, az yağlı süt ürünleri, tam tahıllar, balık ve doymamış yağ asitleri (özellikle zeytin yağı), az miktarda kırmızı et ve doymuş yağ içermesi önerilmektedir. Akdeniz diyeti bu besinlerin birçoğunu içermektedir (1,3). Çalışmalar akdeniz diyetinin kardiyovasküler olayları azalttığını göstermektedir

(3,36,37). Yeşil çay ve siyah çayın az da olsa kan basıncını azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir (38).

Hipertansiyonda kan basıncı kontrolünde en etkili diyetin DASH diyeti olduğu belirtilmektedir. Bu diyetin içeriği meyve, sebze ve süt ürünlerinden zengin olup kolesterol, doymuş ve toplam yağ miktarı kısıtlıdır. Ayrıca bu diyetle tam tahıllı ürünler, kümes hayvanları, kabuklu yemişlerin tercih edilmesi, yağ, kırmızı et, şeker ve şekerli besinlerin ise daha az tüketilmesi önerilmektedir (20). Yapılan bir çalışmada DASH diyetinin 2 hafta içinde kan basıncını ortalama 5,5/3 mmHg azalttığı bildirilmektedir (39). Diyet yaklaşımı ile birlikte diğer yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması kan basıncı kontrolünde önemlidir. Sadece DASH diyeti uygulayanlara göre, DASH diyeti ile birlikte egzersiz yapanların kan basıncının daha çok azaldığı bildirilmektedir (21).

Kilo verme: Hipertansiyonun aşırı kilo ile yakın ilişki içerisinde olduğu, ortalama 5,1 kg kilo kaybı ile SKB'nda 4,4 mmHg ve DKB'nda 3,6 mmHg kadar düşüş sağlandığı ve aşırı kilolu olan kişilerde bu etkinin daha fazla olabildiği belirtilmektedir (40). Aşırı kilolu ve obez hipertansif hastalarda risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi için kilo kaybı önerilmektedir. Sağlıklı kilonun (beden kitle indeksi-BKİ 20-25 kg/m²) ve bel çevresinin (erkekler için <94 cm ve kadınlar için <80 cm) korunması hipertansif olmayan kişilerde hipertansiyonu önlerken, hipertansif kişilerde ise kan basıncının azalmasını sağlamaktadır (3). Hipertansiyona bağlı mortalitenin BKİ 22,5-25 kg/m² olan bireylerde en düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (41). Kilo verme hipertansiyon ilaçlarının etkinliğini sağlamanın yanı sıra kardiyovasküler risk profilinde iyileşme de sağlayabilmektedir. Hipertansif bireylerin kilo vermeleri için beslenme önerileri, düzenli egzersiz ve motivasyon danışmanlığını içeren multidisipliner yaklaşımın uygulanması gerektiği bildirilmektedir (3).

Düzenli fiziksel egzersiz: Düzenli fiziksel aktivite gerçekleştiren kişilerde hipertansiyon gelişme riski sedanter yaşam sürenlere göre %20-50 daha azdır (2). Düzenli yapılan egzersizlerin hipertansiyonun önlenmesinde, tedavisinde, kardiyovasküler risk ve mortalitenin düşürülmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir. Hipertansif hastalara haftada 5-7 gün en az 30 dakika orta düzeyde egzersiz (yürüme, hafif koşu, bisiklete binme veya yüzme) yapması önerilmektedir. Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda izometrik egzersizlerin, kan basıncı ve kardiyovasküler risk üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (3).

Aerobik, direnç egzersizi ve izometrik egzersizin SKB ve DKB'nı düşürmedeki etkilerinin sırası ile 3,5/2,5 mmHg, 1,8/2,2 mmHg ve 10,9/6,2 mmHg olduğu bildirilmektedir (42).

Sigarayı bırakma: Sigara kullanan hipertansif bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine karşı direncin önlenmesi, kardiyovasküler ve kardiyovasküler olmayan risklerin azaltılması için sigaranın bırakılması önemlidir (2). Her sigara içiminden sonra kan basıncı ve kalp hızında 15 dakikadan uzun süre devam eden akut bir artış meydana gelmektedir. Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'nda sigara kullanan normotansif kişilerin ve tedavi görmemiş hipertansif hastaların sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksek kan basıncı değerine sahip oldukları bildirilmektedir. Bu nedenle hastalara sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık verilmesinin, destekleyici bakım ve sigara bırakma programlarının önemi üzerinde durulmaktadır (3).

Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyon tanısına karar verilmesinde kan basıncı değerinin doğru ölçülmesi çok önemlidir. Kan basıncının ölçümü çevreye, hastaya, ölçene ve ölçüm yöntemine ait faktörlerden etkilenmektedir (3). Bu nedenle kan basıncının doğru bir şekilde ölçülebilmesi için uygun çevre koşulları, donanım ve doğru teknik gereklidir (2).

Hipertansiyonun tanı ve taramasında Avrupa Kardiyoloji Derneği 2013 Yılı Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'nda ofis kan basıncı ölçümleri tavsiye edilmekte iken 2018 kılavuzunda tekrarlayan ofis ölçümleri ve/veya ofis dışı ambulatuvar kan basıncı ölçümü ve evde kan basıncı ölçümü tavsiye edilmektedir (3,43). Çünkü ofis kan basıncı ölçümleri standartlara uygun yapılsa bile kan basıncının değişken olması, sabah ve akşam değerleri arasındaki farklılıklar ve beyaz önlük etkisi nedeni ile tanı konulmasını zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle hipertansiyon tanılanmasında ofis dışı ölçüm yöntemlerinin de kullanılmasına ihtiyaç vardır (3).

Kan basıncı ölçüm araçları: Kan basıncının ölçümünde civalı, aneroid ve elektronik olmak üzere üç tip manometre kullanılmaktadır. Ölçümlerin civalı sfigmomanometre ile yapılması önerilmektedir. Bu manometrelerde rezervuarın dolu, civa sütununun göz seviyesinde olmasına dikkat edilmelidir. Basınç uygulanmadığı sırada civanın düzeyi mmHg olarak okunmalı ve basınç uygulanırken sütunun oynamamasına özen gösterilmelidir. Civalı

manometreler dışında kalibre edilmiş bir aneroid manometre veya osillometrik ölçüm yapan elektronik bir tansiyon aleti kullanılabilir. Bu cihazların kalibrasyonu en az altı ayda bir civalı manometrelerle karşılaştırılarak kontrol edilmelidir. Kan basıncının doğru ölçülebilmesi için tansiyon aletinin manşonunun boyutunun hastaya uygun olması ve manşon içerisinde şişen kese bölümünün kol çevresinin en az %80'ini sarması ve manşonun genişliğinin ise kol uzunluğunun üçte ikisi kadar olması gerekmektedir (2,44). Türkiye'de yapılan bir çalışmada evde kan basıncı ölçümlerinde %60,1 oranında bileğe takılan elektronik tansiyon aleti, %24'5 oranında ise aneroid tansiyon aleti kullanıldığı bildirilmektedir (45). Parmaktan ve bilekten ölçüm yapan cihazlar güvenilir sonuçlar vermedikleri için kullanılması önerilmemektedir (44). Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda kan basıncı ölçümünde üst koldan ölçen yarı otomatik tansiyon aleti kullanılması önerilmektedir (3).

Kan basıncı ölçümü: Kan basıncının ölçüldüğü çevre koşulları önemlidir. Ölçüm yapılan ortamın çok sıcak ya da çok soğuk olmaması, sessiz olması ve hastanın bu ortamda en az 5 dakika istirahat ettikten sonra ölçüme başlanması önerilmektedir. Yemek, egzersiz, alkol ve sigara tüketimi kan basıncı üzerinde etkili olduğundan ölçüm öncesindeki 30 dakika süre içerisinde hastanın yemek yememiş, egzersiz yapmamış, çay, kahve ve sigara kullanmamış olması gerekmektedir (2,44).

Hasta sırtını bir yere yaslayarak oturmalı ve kan basıncı ölçülecek kol çıplak olmalıdır. Ölçüm sırasında hastaya konuşmaması ve bacak bacak üstüne atmaması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Tansiyon aletinin manşonu kalp düzeyinde olacak şekilde sarılarak hastanın kolu desteklenmelidir (2,44).

Kan basıncı ölçüm tekniği:

- Tansiyon aletinin manşonu alt ucu dirsek çukurunun 2,5-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalıdır. Ölçüm sırasında stetoskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır. Stetoskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır.
- Ölçüm için manşonun kesesi brakial arter üzerine yerleştirilmeli, oskültatuar arayı önlemek amacıyla havası radial nabzın kaybolduğu düzeyin 20-30 mmHg üstüne kadar şişirilmelidir. Stetoskop brakial arter üzerine yerleştirilmeli ve kontrol valvi açılarak saniyede 2-4 mmHg hızla indirilmelidir. Oskültasyon yöntemi ile ölçüm yapıldığında

manşonun basıncı azaltılmaya başladıktan sonra sesin ilk duyulduğu anda (Korotkoff faz 1) okunan değer sistolik basınçtır. Sesin artık işitilmez olduğu anda okunan değer ise (Korotkoff faz 5) diyastolik kan basıncı olarak kabul edilir. Diyastolik basınç çok düşük ise seslerin hafiflemeye başladığı düzey (Korotkoff faz 4) diyastolik basınç olarak kaydedilir.

- Manşon uzun süre şişirilmiş bırakılırsa venöz sistemde dönüş azalacağı için sesler güç duyulabilmektedir. Venöz konjesyonu önlemek için ölçümler arasında en az bir dakika beklenmelidir. Bunun tersine, sesler zor duyuluyorsa hastanın kolu baş seviyesinin üstüne kaldırılmalı, eli 5-10 kez açıp kapattırılarak venlerin boşalması sağlanmalı ve ölçümler tekrarlanmalıdır.
- Ölçümler, arada ikişer dakika bırakılarak en az iki defa yapılmalı ve bulunan sonuçların ortalaması alınmalıdır. Eğer iki değer arasındaki fark 5 mmHg'dan fazla ise ölçümler tekrarlanmalıdır ve bunların sonuçlarının ortalaması alınmalıdır. Aritmisi olan hastalarda ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerini elde etmek için birkaç ölçüm yapılmalıdır.
- İlk muayenedeki ölçümler her iki koldan yapılmalı, yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilmelidir. İzlemlerdeki kan basıncı ölçümleri tercihen sağ koldan yapılmalıdır.
- Yaşlılarda (65 yaş üzeri bireylerde), diyabeti olan hastalarda, ortostatik hipotansiyonun sık görüldüğü durumlarda ve antihipertansif ilaç tedavisi altındaki hastalarda ölçümlerin ayakta iken tekrar edilmesi gereklidir. Ayaktaki ölçümler hasta hemen ayağa kalkar kalkmaz ve ayağa kalktıktan 2 dakika sonra yapılmalıdır. Gençlerde (30 yaşın altında) kan basıncı yüksek bulunmuş ise koarktasyonu dışlamak için bacadan da ölçümler yapılmalıdır.
- Ölçümün hangi koldan ve hangi pozisyonda yapıldığı, sistolik ve diyastolik kan basınçları kayıt edilmelidir. Ölçülen değer hakkında hasta bilgilendirmeli ve bulunan değerlere göre periyodik ölçümlerin ne kadar zamanda bir yapılacağı belirtilmelidir (44).

Ofis kan basıncı ölçümü: Ofis kan basıncı ölçümünde oskültatuar veya osilometrik otomatik ya da yarı otomatik cihazlar kullanılmaktadır. Bu cihazların periyodik olarak kalibre edilmiş olması önerilmektedir. Ofis kan basıncının üst koldan ölçülmesi tercih edilmektedir. Manşon ve kesenin boyutu kol çevresine göre seçilmelidir. Kollar arasında belirgin (>15

mmHg) ve tutarlı bir sistolik kan basıncı farklılığı saptanırsa kan basıncı değeri yüksek olan koldaki ölçüm değeri olarak kabul edilmelidir. Kan basıncı ölçümleri daima kalp hızı ölçümü ile birlikte yapılmalıdır (3).

Ofis kan basıncını ölçerken dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır;

- Kan basıncı ölçümüne başlamadan önce hasta 3-5 dakika oturtularak dinlendirilmelidir.
- Hasta oturur pozisyonda iken 1-2 dakika ara ile 3 kan basıncı ölçümü gerçekleştirilmelidir. İlk iki ölçüm arasında >10 mmHg fark varsa ek ölçüm yapılmalıdır. Kan basıncı, son iki kan basıncının ortalaması olarak alınmalıdır.
- Atrial fibrilasyon gibi aritmileri olan hastalarda doğruluğu arttırmak için manuel oskültasyon kullanılmalıdır.
- Manşonun içinde 12-13 cm genişliğinde ve 35 cm uzunluğunda standart bir hava kesesi kullanılmalıdır. Ancak kol çevresi kalın (>32 cm) ve ince olan kişilerde daha geniş ve daha dar hava kesesi kullanılmalıdır.
- Hastanın pozisyonu ne olursa olsun manşonun yeri kalp seviyesinde olmalıdır.
- Oskültatuar yöntem kullanılırken sistolik ve diyastolik kan basıncını belirlemek için sırası ile Korotkoff faz I ve faz V kullanılmalıdır.
- İlk muayenede kan basıncı her iki koldan da ölçülerek fark varsa belirlenmelidir. Daha yüksek değeri olan kol temel alınmalıdır.
- Yaşlı bireyler, diyabetik hastalar ve ortostatik hipotansiyonun sık veya olası olduğu diğer durumlarda ilk muayene sırasında kan basıncı ayağa kalktıktan 1 ve 3 dakika sonra tekrar ölçülmelidir (1,3).

Ofiste yapılan kan basıncı ölçümleri standart şartlar altında yapılsa bile bazı problemler söz konusu olabilmektedir. Kan basıncının değişken olduğu, beyaz önlük etkisinin olabileceği, sabah ve akşam ölçümlerinde farklı değerler çıkabileceği ve ölçüm yapılırken elde edilen değerlerin yuvarlanabileceği dikkate alınmalıdır. Bu problemlerin ortadan kaldırılması için ofis dışı ölçümlere ihtiyaç olduğu unutulmamalıdır (43).

Ofis dışı ambulatuvar kan basıncı ölçümü: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü genellikle 24 saat boyunca yapılan kan basıncı ölçümlerinin ortalaması ile elde edilmektedir. Kan basıncını ölçüp kaydetmek üzere programlanmış olan cihaz 15-30 dakika ara ile ölçüm yapmakta ve ölçümü kayıt etmektedir. Ortalama kan basıncı değeri gündüz, gece ve 24 saatlik

kan basıncı olarak belirlenmektedir. Günlük faaliyetler ve uyku süresinde yapılan kan basıncı ölçümlerinin en az %70'inin kullanılabilir olması gerekmektedir (3).

Ambulatuvar kan basıncı değerleri ortalama olarak ofis kan basıncı değerlerinden düşüktür. Hipertansiyon tanı eşiği için kan basıncı değeri ortalaması; 24 saat için $\geq 130/85$ mmHg, gündüz $\geq 135/85$ mmHg ve gece $\geq 120/70$ mmHg'dır. Ambulatuvar kan basıncı hipertansiyon kaynaklı organ hasarını ofis kan basıncından daha iyi göstermektedir. Ayrıca 24 saatlik kan basıncı ortalaması morbidite ve mortalite ile ofis kan basıncına göre daha ilişkilidir (1,3). Ambulatuvar kan basıncı ölçümü ile beyaz önlük/maskeli hipertansiyonun tanılanması sağlanmaktadır ve daha güçlü prognostik tanı elde edilmektedir. Kan basıncının günlük aktiviteler ve uyku esnasında da ölçülmesi sağlanarak tek bir ölçümden elde edilen veriden daha fazla bilgi ve kısa vadeli kan basıncı değişkenliği elde edilmektedir (3).

Ofis dışı evde kan basıncı ölçümü: Evde kan basıncı ölçümü, hastanın kan basıncını kendisinin ölçmesidir. Hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda hastanın evde kan basıncı takibi yapması, hastayı tedavi sürecine dahil ederek tedavinin başarıya ulaşmasında rol oynayabilmektedir (43). Evde kan basıncı ölçümünde hipertansiyon tanı eşiği $\geq 135/85$ mmHg'dır (3-6 günlük ortalama kan basıncı değeri). Ofis kan basıncı ile karşılaştırıldığında evdeki ölçüm değerleri daha düşüktür (3). Kardiyovasküler morbidite ve mortalite ofis kan basıncına kıyasla evde kan basıncı ölçümlerinde daha anlamlı olarak belirlenmektedir (1,3).

Evde kan basıncının yarı otomatik tansiyon aleti ile en az 3 gün boyunca (tercihen ard arda 7 gün boyunca) sabah ve akşam ölçülmesi önerilmektedir. Genel kan basıncı ölçümü kuralları evde kan basıncını ölçerken de geçerli olup bu kuralların hastaya önceden anlatılması gerekmektedir. Kan basıncı, hasta oturur pozisyonda, sessiz bir ortamda, sırtı ve kolu desteklenmiş olarak, 5 dakika dinlenme sonrasında ve iki ölçüm arasında 1-2 dakika süre bırakılarak ölçülmelidir. Ölçülen sonuçlar ölçümün hemen ardından kayıt edilmelidir (3,46).

Ofis dışı evde kan basıncı ölçümü, beyaz önlük/maskeli hipertansiyonun tanılanmasına yardımcı olurken, kan basıncı ölçümünü hastanın yapıyor olması hem tedaviye uyumu, hem de kan basıncının kontrol altına alınmasını kolaylaştırmaktadır. Evde kan basıncı ölçümü ile günlük kan basıncının değerlendirilmesi için daha fazla kan basıncı ölçümü gerçekleştirildiğinden değişkenlikler daha kolay tespit edilebilmektedir (3). Ancak evde kan basıncı ölçümünde hasta eğitimi çok önemlidir. Doğru cihaz kullanılması, ölçümün doğru yapılması ve doğru kayıt tutulması gerekmektedir. Ayrıca hastanın sık kan basıncı ölçümü

yapıyor olması bazen anksiyeteye, bazen de ölçüm değerine göre ilaç kullanımında değişiklik yapmasına neden olabilmektedir (3,46).

HİPERTANSİYON HASTALARINDA BİLGİ DÜZEYİ

Kronik hastalıklar fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olarak, bireyin bağımsızlığını etkilemekte ve bakım gereksinimlerini arttırmaktadır (10). Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile yaşamayı öğrenmeye ihtiyaçları vardır. Kronik bir hastalık olan hipertansiyonu kontrol altına almada önemli olan unsurlardan birisi de hastanın hastalığı ile ilgili bilgi ve farkındalığının artırılmasıdır (47,48). Hipertansiyon yaygın görülen bir hastalık olmasına rağmen, hastaların çoğu hipertansiyonu olduğunun farkında değildir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada hipertansiyon farkındalık oranının %54,7 olduğu belirlenmiştir (27). Bu nedenle hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesinde hastaların hastalığı ile ilgili olarak bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılması açısından önemlidir (49).

Hipertansiyon hastalarında tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun sağlanmasında, hipertansiyonun kontrol altına alınmasında, komplikasyonların önlenmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin artırılması önemli rol oynamaktadır (49,50,51,52). Yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarının bilgi düzeylerinin orta ya da düşük düzeyde olduğu, hastaların hipertansiyonun risk faktörleri, komplikasyonları, normal kan basıncı değerleri, kan basıncını yükselten faktörler, hipertansiyonda beslenme, tedaviye uyum, uzun süreli tedavi ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu bildirilmektedir (53,54,55,56). Literatürde hastalık ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesinin hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde en önemli adım olduğu belirtilmektedir (49,57).

Hipertansiyon konusundaki bilgi eksikliği toplumda yüksek kan basıncını görmezden gelmenin en önemli nedenlerinden birisidir (50,58). Kan basıncının optimize edilmesinde ve düzenli olarak takip edilmesinde hastaların eğitimi çok önemlidir (50,59). Yapılan çalışmalarda hipertansif hastalara verilen eğitimlerin hastaların sistolik ve diyastolik kan basınçlarını düşürdüğü, evde kan basıncı takip etme sıklığını arttırdığı, kontrolsüz hipertansiyonu olan hastaların oranını azalttığı bildirilmektedir (60,61,62,63). Kronik hastalıklarda, hastanın öz yönetimini sağlayabilmesi için hastalık ve yönetimi ile ilgili bilgi

açığının kapatılması önemlidir. Verilen eğitimler bireyi cesaretlendirip kendine güvenini arttırarak hastanın hastalığını kendi kendine yönetmesine olanak sağlamaktadır (64,65).

Dünya Sağlık Örgütü hipertansiyon ile mücadelede başarı sağlanmasında, hemşirelerin eğitimler yolu ile toplumda farkındalık oluşturmalarına dikkat çekmektedir (24). Hemşireler hastalara hipertansiyonun ne olduğu, belirtileri, risk faktörleri, vücuda verdiği zararlar, ilaç tedavisi ve tedaviye uyum, yaşam tarzı değişiklikleri, evde tansiyon ölçümü ve doktor kontrolü gibi konularda eğitimler yaparak hastalık üzerindeki öz yönetimlerini arttırmalarını sağlayabilirler (10,58). Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının hastalık ile ilgili bilgi aldıkları kaynakların en çok sağlık personeli (%52,2), çevredeki diğer bireyler (%32,7) ve televizyon (%24,1) olduğu bulunmuştur. Hastalar hastalıkları ile ilgili en doğru ve güvenilir bilgiyi sağlık personelinden alabilmektedirler (50).

Hipertansiyonun başarılı bir şekilde yönetilebilmesinde yaşam tarzında değişiklikler yapılması önemlidir (47). Hastaların bu yaşam tarzı değişikliklerinin ne olduğunu ve nasıl yapacağını bilmesi için eğitime ihtiyacı vardır. Hemşireler eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında hastaya sağlayacakları bilgi ile hastaların yaşam tarzlarında belirgin değişiklikler yapmalarına yardımcı olmaktadır (10,50). Yapılan bir çalışmada hipertansiyonu olan hastalara hemşire tarafından uygulanan bir eğitim programı sonrasında hastaların yaşam tarzlarında olumlu değişimler meydana geldiği belirlenmiştir (66).

Hastalıkla ilgili bilgi eksikliği hipertansif hastaların tedaviye uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden birisidir (59,67). Hipertansiyon hastalarının tedavisinde ilaçların düzenli olarak kullanılması önemlidir. İlaçların kullanımı hakkında bilgi sahibi olmak, hastaları ilaçları uygun şekilde kullanarak tedaviye uyum sağlamaları ve tedaviyi sürdürmeleri için motive etmektedir (68). Yapılan çalışmalarda hastaların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgilendirilmeleri ile düzenli ilaç kullanma durumları arasında ilişki olduğu, ilaç kullanım süresi, ilaç kullanım nedeni ve hedef kan basıncı değerini bilmenin tedaviye uyumu arttırdığı, hipertansiyon hakkında düşük bilgiye sahip hastaların tedaviye uyumlarının da düşük olduğu belirlenmiştir (47,69,70).

HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM

Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında tedaviye uyumun sağlanması ve sürdürülmesi önemlidir (6,7). DSÖ tedaviye uyumu, bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanlarının önerilerine uyma olarak tanımlamaktadır (8). Tedaviye uyumsuzluk ise ilaç tedavisini uygulamamak, ilaçlarını zamanında temin etmemektir (4). Bu nedenle tedaviye uyum ve uyumsuzluk çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır (71). Terapötik başarının sağlanmasında anahtar rol oynamasına ve konu ile ilgili artan farkındalığa rağmen kronik hastalıklarda tedaviye uyum konusunda yaşanan sıkıntılar küresel bir sorun olmaya devam etmektedir (72). Kronik hastalıklarda uzun süreli tedaviye uyum oranının yaklaşık %50 olduğu bildirilmekte kronik bir hastalık olan hipertansiyonda da tedaviye uyumsuzluk sık görülen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (8,72).

Hipertansiyon tedavisine uyum hem ilaç hem de yaşam tarzı değişikliklerine uymayı gerektirmektedir. Yapılan geniş bir prevelans ve kontrol çalışmasında hipertansiyonda ilaç tedavisine uyum oranının %30-%50 arasında değiştiği belirlenmiştir (73). Literatürde tedaviye uyumsuzluk gösteren hipertansif hastaların; düzenli şekilde takip ve kontrol yaptırmadıkları, kendilerini iyi ya da kötü hissettiklerinde ilaçların yararına inanmadıkları, ilaçlarını bilinçli ya da bilinçsiz olarak eksik dozda aldıkları ya da hiç almadıkları, sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite yapma, fazla kalori alma, diyetinde sodyum ve yağ fazla alma gibi sağlıksız davranışları gerçekleştirdikleri bildirilmektedir (4,74).

Çalışmalarda hipertansiyonda tedaviye uyumsuzluğun önemli bir sorun olmasına rağmen ihmal edildiği, ilaç kullanımına rağmen yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamamasının en önemli nedeninin ilaç tedavisine düşük uyum olduğu bildirilmektedir (75,76). Tüm dünyada ve Türkiye’de tedaviye düşük uyum nedeni ile kan basıncı kontrolü %25’in üzerine çıkarılamamakta, tedaviye uyumda başarılı ve istekli olan hastaların kan basınçları daha kolay kontrol altına alınabilmektedir (4,77). Hipertansif hastalarda tedaviye uyumsuzluk hastaların sağlık durumunu olumsuz etkilemekte kardiyovasküler riskin yükselmesine, komplikasyonların artmasına, hastanede yatış süresi ve oranı ile sağlık bakım maliyetlerinin artmasına, mortalite ve morbiditenin yükselmesine neden olmaktadır (3,4,6). Çalışmalarda tedaviye uyum sağlayan bireylerde inme riskinin %35-40, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği riskinin ise %20-25 oranında azaldığı bildirilmektedir (78).

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının sağlanmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (4). Hemşireler verecekleri eğitimler ile hastaların ve ailelerin hipertansiyon hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlayabilir, hastalara kendi kendine kan basıncı takibi yapmalarını öğretebilirler. Ayrıca düzenli sağlık kontrollerine gitmenin önemi konusunda hastaları bilgilendirerek tedaviye uyumu arttırabilirler (4,15,74,79). Yapılan çalışmalarda hipertansif hastalarda doz alımı hatırlatıcıları, eğitim, sosyal destek, evde kan basıncı takibi yapma, bir sonraki randevuyu telefon ya da mail yolu ile hatırlatma gibi girişimlerin tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmiştir (80,81,82). Hasta eğitimi ve ev ziyaretlerinin hastaların ilaca uyum, hipertansiyon yönetimi ve yaşam tarzı davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, müdahale grubunda tedaviye uyumun arttığı ve kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu belirlenmiştir (83). Başka bir çalışmada hipertansiyonu olan hastalara verilen eğitim sonrasında hastaların düzenli egzersiz yapma ve diyetine uyma oranlarında artış olduğu ve ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanmaya başladıkları bildirilmiştir (66).

Hemşireler, hastaların tedaviye uyum sağlamalarına engel olan faktörleri belirleyip nedene yönelik girişimler uygulayarak hastaların uyum düzeylerini arttırılabilmektedir (3,4,84). Literatürde tedaviye uyumsuzluğa yol açan başlıca faktörler, hasta ve hastalığa ilişkin, tedaviye ilişkin ve sağlık çalışanlarına ilişkin faktörler olarak ele alınmaktadır (4).

Hasta ve Hastalığa İlişkin Faktörler

Hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesinde hastaların ilaçlarını kullanmaya ve yaşam tarzlarını değiştirmeye istekli olmaları önemlidir. Hastaların tedavi ile ilgili kararlara dahil edilmesi ve hastalığının ciddiyetinin farkına varması tedaviye uyumun sağlanmasında etkili olmaktadır (4,15).

Literatürde tedaviye uyumsuzluğa yol açan hasta ve hastalığa ilişkin başlıca faktörlerin hastada hipertansiyona ilişkin ciddi semptomların olmaması, hipertansiyon hakkında bilgi eksikliği, inanç, tutum, kültür ve yaşam tarzı, sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesinin düşük olması, sosyal desteğin yetersiz olması, ilaçlara bağımlı olacağına inanma, yaşam tarzı değişikliklerini benimsememe, yetersiz motivasyon, unutkanlık, eşlik eden hastalık varlığı ve ilerlemiş yaş olduğu bildirilmektedir (59,84,85,86). Yapılan çalışmalarda Anadol ve Dişçigil (77) hastalıkla ilişkili belirtilerin olmamasının, Ünal ve ark. (87) ilaç bağımlılığından korkma ve ilacın yan etkilerinden kaçmanın, Ogedegbe ve ark. (88) hipertansiyon hakkında

bilgi sahibi olmama ve unutkanlığın hipertansif hastalarda tedaviye uyumu azalttığını belirlemiştir. Renn ve ark. (89)'nın yaptığı çalışmada ise hastalığının farkında olan ve ciddiyetine inanan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.

Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Klavuzu'nda hasta ve hastalığa ilişkin faktörlere bağlı tedaviye uyumsuzluğun ortadan kaldırılması için kendi kendine kan basıncı takibi yapılmasının, grup oturumları ve motivasyon stratejilerinin kullanmasının, basit hasta güdümlü yöntemler ile öz yönetim desteğinin verilmesinin, hatırlatıcı kullanımının, aile, sosyal ve hemşire desteğinin ve ilaçların iş yerinde temininin sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (3).

Tedaviye İlişkin Faktörler

Hipertansiyonun kontrol altına alınması ve eşlik eden kardiyovasküler risklerin önlenmesinde düzenli ilaç kullanımının önemi bilinmesine rağmen hipertansif hastalarda tedaviye uyum düşüktür (3,49). Hipertansif hastalarda tedaviye uyumsuzluk çoğunlukla tedaviyi erken bırakmak ve günlük ilaç kullanımını tarif edildiği şekilde uygulamamak şeklinde görülmektedir (3). Tedaviye ilişkin uyumsuzluk nedenlerinin; tedavinin uzun sürmesi, birden fazla ilaç kullanımının gerekebilmesi, ilaçların yan etkileri, ilaçların yüksek maliyeti, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliklerinin hasta tarafından yeterince benimsenmemiş olması, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşama, düzenli sağlık kontrolü yaptırmama, ilaca güven duymama ve komplikasyon korkusu olduğu bildirilmektedir (7,15,59,84).

Literatürde düzensiz ilaç kullanan hastaların yarısının tedavinin ilk yılında tedavisini kestiği, yaklaşık %10'unun ise gün içinde ilaç almayı unuttuğu bildirilmektedir (19). Yapılan çalışmalarda hastaların %40-75'inin ilaçlarını reçete edildiği gibi almadığı (90), %48,8'inin ilaçlarını düzensiz kullandığı (86), %36,2'sinin şikâyetleri gerilediğinde ilaçlarını bıraktığı, %50'sinin ilaçlarını içmeyi unuttuğu, %33'ünün ilaçlarını ne zaman içeceğini karıştırdıkları (79) belirlenmiş olup hastaların sadece %15,8'inin tedaviye tam uyumlu olduğu bulunmuştur (74). Türkiye'de 2012 yılında yapılan hipertansiyon prevelans çalışmasının sonuçlarına göre tedavi alan hipertansif hastalarda kan basıncının kontrol altına alınma oranının %53,9 olduğu bildirilmiş, bunun nedeninin tedaviye uyumsuzluk olduğu belirtilmiştir (27). Yapılan çalışmalarda da ilaçların yan etkileri, maliyeti, doz sıklığı, çoklu doz kullanımında doz

ayarlanması için kontrole gitmenin gerekmesi, ilaçların yan etkileri ve ilaç kullanmayı sevmemenin tedaviye uyum üzerinde olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (88,91).

Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Klavuzu'nda tedaviye ilişkin faktörlere bağlı uyumsuzluğun azaltılması için karmaşık dozlardan kaçınılarak tek hap kombinasyonlarının kullanılması, ilaç seçiminde hastanın gelir durumunun ve sosyal güvencesinin dikkate alınması, ilaçların erişilebilir olması, ilaç kullanımını hatırlatacak özel hap kutuları ve hatırlatıcı sistemlerin geliştirilmesi (telefonla izlem, ev ziyareti, evde kan basıncının uzaktan izlemi) gibi öneriler sunulmaktadır (3).

Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler

Sağlık kurumlarında personel yetersizliği nedeni ile hastalara ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği ile ilgili gerekli bilgilendirmelerin yapılmaması, hastanın takibinin etkin ve düzenli yapılmamasının hastalarda uyumsuzluğa yol açtığı bildirilmektedir (4,91,92). Hipertansiyon hastalarının tedavilerine uyum sağlamalarında sağlık çalışanlarına önemli roller düşmektedir. Farklı alanlarda çalışan sağlık personelleri ortak bir yaklaşım ile hastanın tedaviye uyum sağlamasına yardımcı olabilmektedir (4).

Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Klavuzu'nda tedaviye uyumsuzluğun önlenmesi için hipertansiyonun riskleri ve yararları hakkında hastanın bilgilendirilmesi ve kan basıncı kontrolü sağlamak için yaşam tarzı değişikliklerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Ayrıca mümkünse tek ilaca dayalı tedavi stratejilerinin kullanılması, hastanın güçlendirilmesi, davranışsal ve klinik gelişmelere ilişkin geri bildirimlerin verilmesi, uyumsuzluğa neden olan bireysel engellerin değerlendirilmesi ve çözüm önerilerinin sunulması önerilmektedir (3).

HİPERTANSİYON HASTALARINDA ÖZ YÖNETİM

Kronik hastalıklar fizyolojik fonksiyonlarda geriye dönüşsüz olarak değişikliklere neden olan, yaşamda uzun bir dönemi kapsayan, tedavi ve bakımda süreklilik isteyen hastalıklardır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin kendi tedavi ve bakımları ile ilgili sorumluluk almaları gereklidir (94). Günümüzde kronik hastalıkların giderek artması da bu hastalıkların yönetiminin önemini ortaya çıkarmaktadır (95).

Hastanın hastalığının yönetiminde sorumluluk alması uzun zamandır savunulmasına rağmen geleneksel pasif hasta rolünü değiştirmeye yönelik uygulamalar yetersizdir (94). Literatürde kronik hastalıkların tıbbi tedavisinin kuralcı ve otoriter bir yaklaşım olarak

algılandığı, bu nedenle dikkate alınmadığı, hastanın öznelliği ve öz bakımını kendisinin yönetmesinin daha önemli olduğu bildirilmektedir (96). Günümüzde öz yönetim, kronik hastalıkların bakımında hastayı merkeze alan popüler bir kavram haline gelmiştir (97). Hastalık ve sakatlığı önleyebilecek kanıta dayalı stratejiler arasında kronik hastalıkların öz yönetimi de bulunmakta olup, kronik hastalıklarla küresel anlamda mücadele edebilmek için hastaların öz yönetime teşvik edilmesi gereklidir (98,99).

Öz yönetim; kronik hastalığı olan bireyin hastalığı ile ilgili semptom, tedavi ve bakımını yönetebilmesini, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşam biçimi değişiklikleri yapabilmesini içeren, hastalığı kendi kendine yönetme sanatıdır (100,101). Kişilerin, kronik koşullarda yaşamak için tıbbi yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetimleri ile ilgili gereken görevleri üstlenerek hastalık ile başa çıkabilmesi sürecidir (99,102,103). Öz yönetim desteği ise, hastanın kendi durumu hakkında eğitilerek bilgi ve beceri kazanmasının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Öz yönetim desteği ile bireylerin kendi kendilerini yönetmeleri desteklenmekte, tedavisi ile ilgili seçimler yapması, karar vermesi, kararları doğrultusunda harekete geçmesi sağlanarak öz bakım becerisi kazanmaları beklenmektedir (95,104).

Öz yönetim, kişinin hastalığını yönetmek için neler yaptığı; öz yönetim desteği ise sağlık profesyonellerinin hastaların öz bakımlarına yardımcı olmak için sağlık bakım uygulamaları ile ilgili neler yapması gerektiğini içermektedir (105). Öz yönetim, öğrenme ve uygulamayı içeren bir süreçtir ve sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen öz yönetim desteği ile kişilere kolaylıkla öğretilmektedir (104,106). Problem çözme, karar verme, kaynak kullanımı, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde olma ve eyleme geçme aktivitelerini içermektedir (101). Öz yönetim desteğinin şekli ve içeriği hastalara göre belirlenmekte olup birebir, küçük grup, telefon ve çevrimiçi/mobil olarak çeşitli şekillerde gerçekleştirilebilmektedir (98,104). Öz yönetim desteği kısa vadeli hedef, kanıta dayalı bilgi, yargılayıcı olmayan işbirlikçi yaklaşım, hastanın öz yeterliliği, aktif takip, vaka yönetimi ve çok yönlü müdahale ilkelerini kapsamaktadır (104).

Tedavi şekli, hastanın öğrenme ve değişim için motivasyonu, kültür, eğitim düzeyi, sağlık okur-yazarlığı düzeyi, inanç, davranışsal normlar, sağlık profesyonelleri ile olan ilişkisi öz yönetim desteğini etkileyen faktörler olduğu bildirilmektedir (12,104). Yapılan çalışmalarda hastalara verilen öz yönetim desteğinin bilgi ve beceriyi arttırdığı, yaşam kalitesini yükselttiği, klinik sonuçları iyileştirdiği, kişiyi öz bakımında aktif hale getirdiği, mortaliteyi ve maliyetleri azalttığı, problem çözme becerisini yükselttiği, hastaya motivasyon

sağladığı, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki etkileşimi ve tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmektedir (101,103,107,108,109).

Öz Yönetim Desteğinin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıkların öz yönetimi sağlık profesyonelleri ile hastaların kesişme noktasıdır (98). Hastaları öz yönetime teşvik etmede hasta ile sağlık profesyonelleri arasında kurulan ilişkinin önemi büyüktür (12). Öz yönetim desteğinin sağlanmasında sağlık profesyonelleri arabuluculuk yapmaktadır. Bu arabuluculuk sayesinde hastaların tedavi ve bakımlarını kontrol altına almaları mümkün olmaktadır (110).

Kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık profesyoneli olarak hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler hastalara hastalıkları ile ilgili güncel bilgileri sağlayarak, hastaların bireysel ve kültürel özelliklerini dikkate alıp hastalıklarını yönetmelerine teşvik ve öncülük ederek, onların bu sürecini aktif olarak takip edip gerektiğinde destek olabilecek kurumlara yönlendirerek öz yönetimlerini gerçekleştirmelerine katkıda bulunmaktadırlar (104).

Hipertansiyon hastalarında, öz yönetim desteği, hastanın hastalığı ile ilgili bilgi, beceri ve motivasyon kazanması amacı ile gerçekleştirilen iş birliği sürecini kapsamaktadır (111). Hipertansif hastalara sağlanacak olan öz yönetim desteği; beslenme, fiziksel aktivite, hastalığın tedavisi, komplikasyonlar, ilaç tedavisi, düzenli izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve evde kan basıncı takibi yapma ile ilgili bilgi ve beceri eğitimini içermektedir (11,12,13,99). Yapılan çalışmalarda öz yönetim desteğinin, hipertansif hastalarda hastalığın önemine ilişkin algıyı ve ilaç tedavisine uyumu artırdığı, hastalık üzerinde kişisel kontrol için motivasyon ve güven sağladığı, sistolik ve diyastolik kan basınçlarını azaltarak klinik sonuçları olumlu yönde etkilediği, komplikasyonları azalttığı, hastaların fiziksel aktivite için ayırdığı gün sayısını arttırdığı bildirilmektedir (12,13,99,112,113).

HİPERTANSİYON HASTALARINDA ÖZ-BAKIM YÖNETİMİ

Öz-bakım; bireylerin yaşamları, sağlık ve refah durumlarını sürdürebilmek için kendisi tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlanmaktadır (114,115). Öz-bakımda temel hedef, bireyi kendi bakımı ile ilgili aktif sorumlu hale getirmektir (116). Bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için öz-bakım gücüne ve öz-bakım yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Öz-bakım davranışları, etkin bir şekilde öğrenilip

alışkanlık haline getirildiğinde kişinin yapısal bütünlüğüne, işlevselliğine ve gelişimine katkıda bulunmaktadır (117).

Öz-bakım yönetimi ise, hastalık semptomları ortaya çıktığında ve/veya semptomlarda değişim olduğunda yapılacak olan uygulamaların belirlenmesidir (116,118). Semptomlardaki değişimin anlamını bilme, doğru kararı vererek doğru girişimde bulunma, girişimin etkinliğini değerlendirme, etkili öz-bakım yönetiminde başarıya ulaşmada anahtar rol oynamaktadır (118). Etkili bir öz-bakım yönetiminin, hastanın yaşam kalitesini arttırdığı ve memnuniyetini yükselttiği, mortalite ve morbiditeyi azalttığı, komplikasyonları önlediği, acil birimlere başvuruları, hastaneye yapılan yatışları ve yatış süresini azalttığı bildirilmektedir (119,120,121,122).

Kronik hastalıkların yönetimindeki başarı bireylerin öz-bakım ve öz yönetimlerinin yeterli olması ile mümkün olmaktadır. Öz-bakım ve öz yönetim birbirine benzer kavramlar gibi görünse de yapılan aktiviteler, süreç ve ulaşılan sonuç onları birbirinden ayırmaktadır. Öz-bakım, günlük yaşam aktivitelerini ve profesyonel olmayan kaynaklardan edinilmiş sağlık bakım davranışlarını kapsarken, öz yönetim kronik hastalık ile ilgili sorumluluk alıp hastalığa uygun olan daha profesyonel yaklaşımları içermektedir (116).

Kronik hastalıkların giderek artması öz bakım yönetimin önemini arttırmaktadır (116,123). Öz-bakım yönetimi hipertansif hastaların problemlerini çözmede anahtar rol oynamaktadır (115). Hipertansiyon hastalarının yönetebilecekleri öz-bakım davranışlarının düşük sodyum ve düşük yağlı diyet, kilo yönetimi, egzersiz yapma, sigara içmeme, alkol tüketiminin sınırlandırılması, düzenli hekim kontrolüne gitme, stresle başa çıkma, ilaç tedavisine uyum sağlama ve evde kan basıncı izlemi yapmayı içerdiği bildirilmektedir (119,124,125,126).

Günümüzde hemşirelerin birey ve ailenin sağlık sorumluluğunu tamamen üstlenmek yerine onlara gerekli bilgi ve becerileri kazandırarak öz-bakımlarını yönetmelerine yardımcı olmak anlayışı ön plana çıkmaktadır (120). Hemşireler, temel rollerinden biri olan eğitici ve danışman rolleri kapsamında hipertansif hastalara sağlayacakları bilgi ve destek ile onların öz-bakım davranışlarını öğrenmelerini, öz-bakım yetenekleri ve öz-bakım güçlerini arttırmalarını sağlayabilirler (117). Hipertansiyon hastalarında etkin hemşirelik bakımı ile kan basıncının, komplikasyonlar olmadan ve düşük maliyet ile kontrol altına alınması ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanabilir (28).

Hemşirelerin hipertansiyon hastalarının bakımındaki sorumlulukları izlem yapmak, doğru ve dzenli ilaç kullanımını sağlamak, yaşam tarzı değişikliklerinin gerçekleştirilmesine yardımcı olmak, hastalık hakkında bilgi vermek, tedaviye uyumu sağlamak ve hastanın öz bakımını desteklemektir. Hemşireler tarafından hipertansif hastalara verilen öz ynetim desteği ile, hastaların hastalık hakkındaki bilgi dzeylelerinin ve tedaviye uyumlarının arttırılması bnylece öz bakım ynetimlerinin sağlanması mümkün olabilir (3).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; hipertansiyon tanısı koyulan hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine, tedaviye uyumuna ve öz bakım yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan randomize kontrollü müdahale çalışmasıdır. Çalışmada ayrıca hastaların kan basıncı değerleri ölçüldü. Verilen öz yönetim desteği sonrasında kan basıncı değerlerindeki değişim incelendi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine etkisi yoktur.

H₁: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine etkisi vardır.

H₀: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların tedaviye uyumuna etkisi yoktur.

H₁: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların tedaviye uyumuna etkisi vardır.

H₀: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların öz bakım yönetimine etkisi yoktur.

H₁: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların öz bakım yönetimine etkisi vardır.

H₀: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların kan basıncı ölçümleri üzerine etkisi yoktur.

H₁: Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların kan basıncı ölçümleri üzerine etkisi vardır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

- Hipertansiyon Bilgi-Düzeyi Ölçeği (HİB-DÖ)'nden elde edilen puanlar,
- Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği'nden elde edilen puanlar,
- Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nden elde edilen puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler

- Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, BKİ, alkol ve sigara kullanma durumları),
- Hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri hipertansiyon tanısı koyulma zamanı, aile öyküsü, ilaçları düzenli kullanma durumu, beslenme ve diyet alışkanlıkları, kan basıncı takibi ile ilgili özellikleri),
- Öz yönetim desteği,
- Kan basıncı ölçüm değerleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 03.07.2017-05.09.2018 tarihleri arasında Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet hastanesinin Dahiliye ve Kardiyoloji polikliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede 6 Dahiliye ve 5 Kardiyoloji polikliniği bulunmaktadır. Polikliniklerde dahiliye ve kardiyoloji uzmanları görev yapmaktadır. Hastalar polikliniklere randevulu veya randevusuz şekilde başvurabilmektedir. Hastalar hastaneye geldiklerinde ilgili polikliniğin sekreterine kayıtlarını yaptırmakta ardından hekimlerine muayene olmaktadır.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde Edirne ilindeki bir devlet hastanesinin Dahiliye ve Kardiyoloji polikliniklerine başvuran, hipertansiyon tanısı koyulmuş hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde Power analizi kullanıldı. Öz yönetim desteğine ilişkin orta derecede etki büyüklüğünü test etmek için %5 hata payı ve %80 power değeri ile deney ve kontrol gruplarının her birine en az 64'er hasta olmak üzere örnekleme 128 hastanın alınması gerektiği hesaplandı. Araştırma sürecinde oluşabilecek olası kayıplar göz önüne alınarak her gruba 70'er hasta alındı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Esansiyel hipertansiyon tanısı ile en az 6 aydır takip edilme,
- Antihipertansif ilaç kullanma,
- Son 1 aydır antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılmamış olma,
- Eşlik eden başka bir kronik hastalığı bulunmama (Diyabetes mellitüs, kanser, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği vb.),
- Evde tansiyonu üst koldan ölçen yarı otomatik tansiyon aleti bulunma,
- Mental ya da iletişime engel olacak sorunu olmama,
- 18-65 yaş arasında olma,
- Okuma yazma bilme,
- Çalışmaya katılmayı kabul etme/gönüllü olma.

Araştırma Dahil Edilmeme Kriterleri

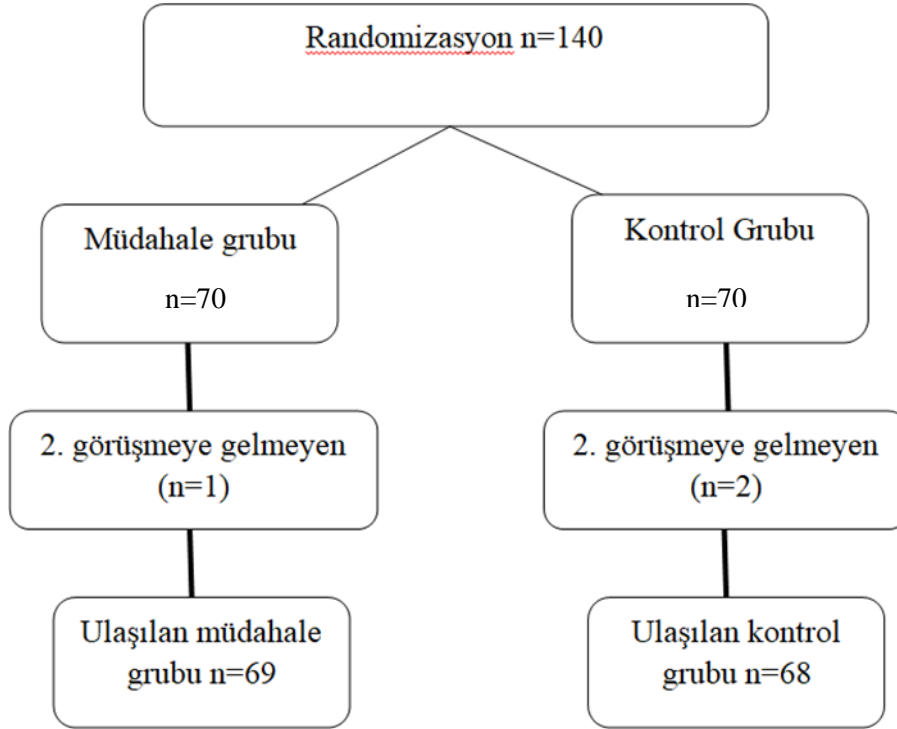
- Hipertansiyon tanısı 6 aydan kısa süre önce koyulan,
- Son 1 aydır ya da araştırma sürecinde antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılan,
- Diyabetes mellitüs, kanser, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği vb. gibi eşlik eden kronik hastalıkları bulunan,
- Mental ya da iletişime engel olacak sorunu olan,
- Gebe ya da emzikli olan,
- Okuryazar olmayan,

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma sürecinde antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılma,
- Eğitime gelmeme ve kan basıncı takibi yapmama.

Araştırmada randomizasyon katılımcıların yaş, cinsiyet gibi niteliklerine bakılmaksızın deney ve kontrol grubundaki birey sayısı eşit sayıda olmak koşulu ile bilgisayar programından (researcher randomizer) yararlanılarak belirlendi. Araştırma sürecinde müdahale grubunda yer alan 1 hasta ve kontrol grubunda yer alan 2 hasta, ikinci görüşmeye gelmediği için araştırmanın dışında bırakıldı (Şekil 2).



Şekil 2. Araştırmanın örneklem diyagramı

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği (Ek 2), Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek 3), Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (Ek 4), Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı (Ek 5) kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hasta bilgi formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, BKİ, alkol ve sigara kullanma durumları) ve hastalıkları ile ilgili özelliklerini (hipertansiyon tanısı koyulma zamanı, aile öyküsü, ilaçları düzenli kullanma durumu, beslenme ve diyet alışkanlıkları, kan basıncı takibi ile ilgili özellikleri) içermektedir (15,62,127,128) (Ek 1).

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği (HİB-DÖ)

Baliz Erkoç ve ark. tarafından 2011 yılında geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 22 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır (Ek 2). Bu alt boyutlar; tanım (1 ve 2. maddeler) medikal tedavi (3, 4, 5 ve 6. maddeler), ilaçlara bağlılık (7, 8, 9 ve 10. maddeler), yaşam biçimi (11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler), diyet (16 ve 17. maddeler) ve komplikasyonlardır (18, 19, 20, 21 ve 22. maddeler). Ölçekte yer alan maddeler doğru ya da yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde olup 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14 ve 17. maddeler yanlış ifadelerdir. Katılımcılardan ölçekteki her bir maddeyi doğru, yanlış, bilmiyorum ifadelerinden birini seçerek işaretlemeleri istenmektedir. İfadelere verilen her doğru yanıt 1 puan, her yanlış yanıt ve bilmiyorum yanıtı ise 0 puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-22 arasında değişmekte olup, alınan puan arttıkça hipertansiyon bilgi düzeyi de artmaktadır. Baliz Erkoç ve ark. (129)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbah alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri müdahale grubunda ilk görüşmede 0,80, son görüşmede 0,86, kontrol grubunda ise ilk görüşmede 0,86, son görüşmede 0,87 olarak bulundu (Tablo 3).

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)

Kim ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Karademir ve ark. (130) tarafından yapılmıştır. Ölçek 14 sorudan oluşmaktadır (Ek 3). Dörtlü likert (0=hibir zaman, 1=bazen, 2=oğu zaman ve 3=her zaman) tipindeki ölçekte görüşme (6, 7 ve 8. maddeler), medikal (1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. maddeler) ve beslenme (3, 4 ve 5. maddeler) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin 6. sorusu hariç diğer soruların tümü olumsuz soru şeklinindedir. Ölçekten alınan toplam puanlar 0 ile 42 arasında değişmekte olup, 0 puan tedaviye mükemmel uyumu ifade etmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın

yüksek olması tedaviye uyumun azaldığını belirtmektedir. Karademir ve ark. (130)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri müdahale grubunda ilk görüşmede 0,85, son görüşmede 0,89, kontrol grubunda ise ilk görüşmede 0,84, son görüşmede 0,80 olarak bulundu (Tablo 3).

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (KHÖBYÖ)

Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimini değerlendirmek amacı ile 2001 yılında Jones tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hançerlioğlu tarafından yapılmıştır (116). Ölçek 35 maddeden oluşmaktadır ve beşli likert (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) tipindedir (Ek 4). Ölçeğin öz koruma (2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25-34 arasındaki maddeler), ve sosyal koruma (1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24 ve 35. maddeler), olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 3., 15., 19. ve 28. maddeler negatif ifadelerdir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 35-175 puan arasında değişmekte olup, puanın artması bireyin öz bakım yönetiminin de arttığını ifade etmektedir. Hançerlioğlu (116)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri müdahale grubunda ilk görüşmede 0,89, son görüşmede 0,91, kontrol grubunda ise hem ilk görüşmede hem de son görüşmede 0,88 olarak bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık değerleri

	Müdahale grubu (n=69)			Kontrol Grubu (n=68)		
	HİB-DÖ	HBHTUÖ	KHÖBYÖ	HİB-DÖ	HBHTUÖ	KHÖBYÖ
İlk görüşme	0,80	0,85	0,89	0,86	0,84	0,88
Son görüşme	0,86	0,89	0,91	0,87	0,80	0,88

Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı

Hipertansiyonda öz yönetimi sağlamak için, araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda oluşturulan Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı; hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgiyi, hastalığın tedavi yöntemlerini, hipertansiyonun yönetiminde etkili olan yaşam tarzı değişikliklerini, tedaviye uyumun önemi ve evde tansiyon ölçümüne ilişkin bilgileri içermektedir (2,4,5,15,43,127) (Ek 5).

ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın verileri, 03.07.2017–05.09.2018 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir devlet hastanesinin Dahiliye ve Kardiyoloji polikliniklerinde toplandı. Veri toplama aşamasında poliklinik hekimleri ile işbirliği yapıldı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar, araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi hakkında sözlü olarak bilgilendirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara bilgilendirilmiş gönüllü olur formları doldurularak imzaları alındı. Veri toplama sürecinin tüm aşamaları araştırma planında belirtildi (Şekil 3).

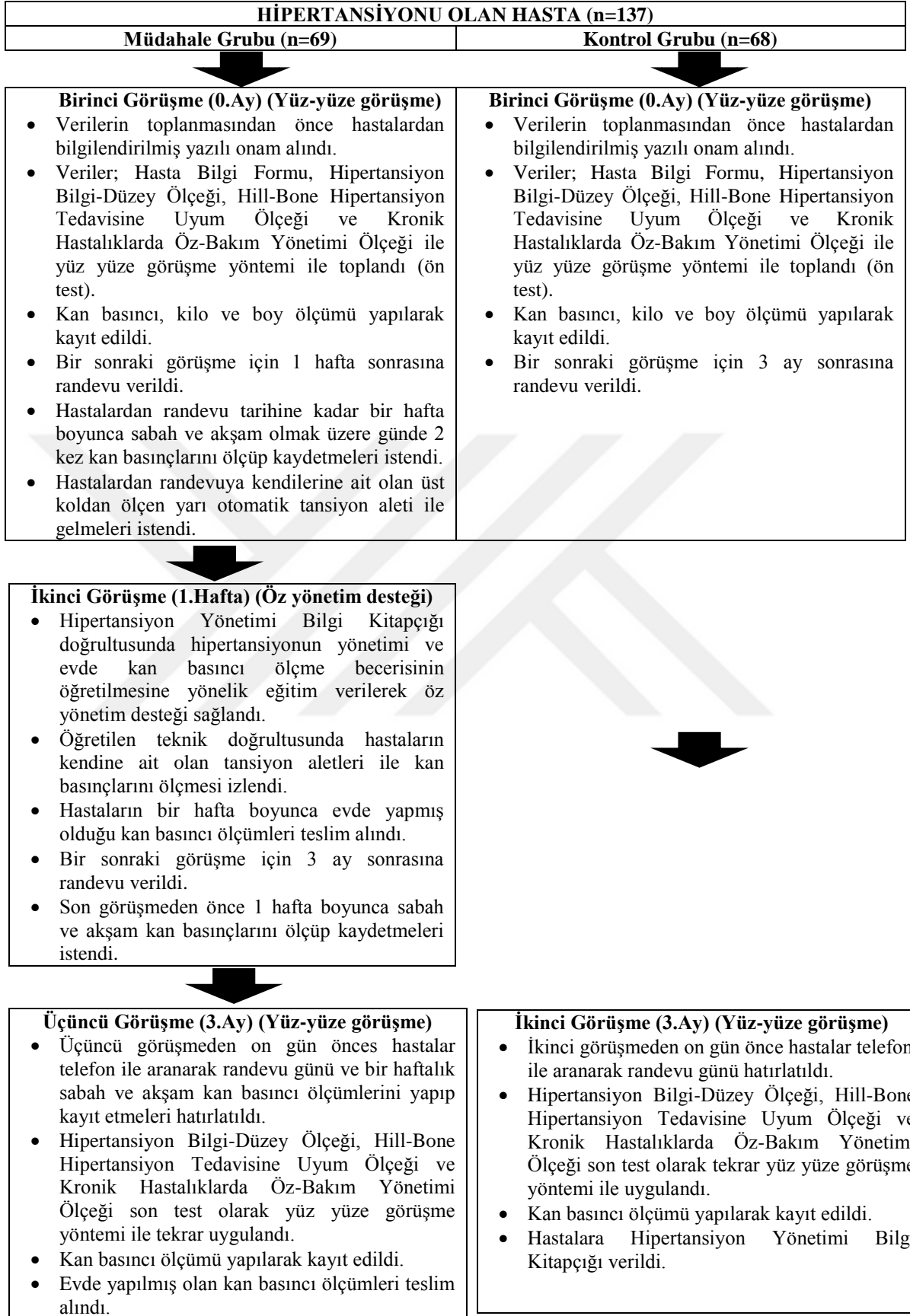
Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar ile (müdahale ve kontrol grubuna) ilk görüşmede ön test olarak Hasta Bilgi Formu, Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği dolduruldu. Katılımcıların boy ve kiloları ile kan basınçları ölçülerek kayıt edildi. Boy ölçümünde hastaneye ait olan mezura, kilo ölçümünde hastaneye ait olan kalibrasyonu hastane tarafından yapılmış dijital baskül, kan basıncının ölçümünde araştırmacıya ait olan, üst koldan ölçüm yapan kalibrasyonu yapılmış yarı otomatik tansiyon aleti kullanıldı. İlk görüşmedeki bu uygulama yüz yüze görüşme yöntemi ile hastanenin eğitim salonunda gerçekleştirildi ve ortalama 45 dakika sürdü.

Kontrol grubundaki hastalara ön test sonrasında herhangi bir müdahale yapılmadı. Son test uygulamasının yapılacağı ikinci görüşme için 3 ay sonrasına randevu verildi. Müdahale grubundaki hastalardan ise ilk görüşmeden 1 hafta sonrası için uygun olan tarihte hastanede ikinci kez görüşmek üzere randevu alındı. Müdahale grubundaki hastaların bu randevu tarihine kadar, sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez aynı tansiyon aletini kullanarak evde kan basıncı takibi yapmaları/yaptırmaları ve kaydetmeleri istendi. Müdahale grubundaki hastaların ikinci randevu tarihinde kendilerine ait olan tansiyon aletleri ile (üst koldan ölçen yarı otomatik tansiyon aleti) gelmeleri istendi. Randevu tarihinden bir gün önce hastalar telefon ile aranarak randevu saati hatırlatıldı.

Randevu tarihinde müdahale grubunda yer alan hastalara, araştırmacı tarafından hastanenin eğitim salonunda, Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı doğrultusunda hipertansiyonun yönetimi ve evde kan basıncı ölçme becerisinin öğretilmesine yönelik eğitim verilerek öz yönetim desteği sağlandı. Beceri eğitimi öncesinde araştırmacı tarafından, araştırmacının kendisine ait olan kalibrasyonları yapılmış tansiyon aleti ve hastaya ait

tansiyon aleti ile ayrı ayrı kan basıncı ölçümü yapılarak her iki cihazın ölçümü arasındaki uyuma bakıldı. Hastalardan, öğretilen teknik doğrultusunda kendine ait olan tansiyon aleti ile kan basıncını ölçmesi istendi. Hasta ölçümü doğru şekilde yapana kadar işlem tekrarlatıldı. Ayrıca hastanın bir hafta boyunca evde yapılmış olan kan basıncı ölçümleri teslim alındı. Hastalara 3 ay sonrasında üçüncü görüşmede gerçekleştirilecek olan son test uygulaması için randevu verildi. Bu süreler arasında kan basıncı ölçümlerini öğretilen teknik ile yapmaları ve 3 ay sonraki randevuya gelmeden 1 hafta önce aynı tansiyon aletini kullanarak sabah ve akşam ölçtükleri kan basıncı değerlerini kayıt etmeleri istendi. Bu görüşme 60-90 dakika sürdü.

Müdahale grubuna üçüncü, kontrol grubuna ise ikinci görüşme için verilmiş olan randevu tarihlerinden 10 gün önce her iki grupta yer alan hastalar, telefon ile aranarak randevu günü hatırlatıldı. Müdahale grubundaki hastalara 1 hafta boyunca kan basıncı ölçümlerini yapmaları ve kayıt etmeleri söylendi. Randevu tarihinde hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastalara son test (Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği) uygulandı ve araştırmacı tarafından kan basınçları ölçülerek kayıt edildi. Müdahale grubunun evde yapmış olduğu kan basıncı ölçümleri teslim alındı. Kontrol grubunda yer alan hastalara son test sonrasında Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı verildi.



Şekil 3. Araştırma planı

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.04.2017 tarih ve 2017/126 no'lu (Ek 6) etik kurul izni alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplanabilmesi için Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek 7) alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak, araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi. Bilgilendirilmiş gönüllü olurları alındı.

Araştırmada kullanılan Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği için Sultan BALİZ ERKOÇ'tan (Ek 8), Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği için Melek KARADEMİR'den (Ek 9) ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği için Sadık HANÇERLİOĞLU'ndan (Ek 10) ölçek kullanım izni alındı.

VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 22,0) paket programında değerlendirildi. Araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımın incelenmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, medyan, sayı, yüzde) Pearson ki-kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact Test ve independent samples t- testi kullanıldı. Tekrarlı ölçümler arasındaki farkın belirlenmesinde Wilcoxon testi ve Paired samples test, iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

ARAŞTIRMANIN OLUMLU VE SINIRLI YÖNLERİ

Bu çalışmanın olumlu yönleri; randomize kontrollü araştırma modelinde olması, hastaların kullandıkları ilaçlarda değişiklik yapılmamış olması, hastanın hastalığı ve yönetimi ile ilgili bilgi edinmesine olanak vermesi ve hastalara kan basıncı ölçme becerisinin kazandırılmasıdır. Sınırlı yönü ise kontrol grubunda olan hastalara evde kan basıncı ölçümü yaptırılmaması olabilir. Çalışmanın sonuçları tüm hipertansif hastalar için genellenemez, ancak konu hakkında fikir oluşturabilir.

BULGULAR

Araştırma 03.07.2017–05.09.2018 tarihleri arasında, hipertansiyon tanısı koyulan hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine, tedaviye uyumuna ve öz bakım yönetimine etkisinin belirlenmesi, ayrıca verilen öz yönetim desteği sonrasında kan basıncı değerlerindeki değişimin incelenmesi amacıyla 137 (69 müdahale ve 68 kontrol) hasta ile yürütüldü. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı.
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçeklerden (Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği) aldıkları puanların değerlendirilmesi.
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçeklerden aldıkları puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçeklerden aldıkları puanların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin bazı özelliklere göre değerlendirilmesi.
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların kan basıncı ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesi.

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Çalışmada müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te sunuldu.

Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması $56,23 \pm 6,96$ yıl olarak bulundu. Hastaların %50,7'sinin erkek, %79,7'sinin evli, %56,5'inin ilkokul mezunu, %44,9'unun halen aktif olarak çalıştığı, %42'sinin köyde yaşadığı, %60,9'unun BKİ'ne göre fazla kilolu olduğu belirlendi (Tablo 4).

Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $57,58 \pm 6,35$ yıl olarak bulundu. Hastaların %54,4'ünün erkek, %88,2'sinin evli, %63,2'sinin ilkokul mezunu, %64,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %47,1'inin köyde yaşadığı, %53'ünün BKİ'ne göre fazla kilolu olduğu belirlendi (Tablo 4).

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer ve BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p > 0,05$), **müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi** (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

		Müdahale grubu (n=69)	Kontrol grubu (n=68)	Test değeri; p
		n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)	Ort±Ss	56,23±6,96	57,58±6,35	t: -1,191 p: 0,236*
Cinsiyet	Kadın	34 (49,3)	37 (45,6)	X ² =0,362 p=0,333 [†]
	Erkek	35 (50,7)	31 (54,4)	
Medeni durum	Evli	55 (79,7)	60 (88,2)	X ² =1,847 p=0,130 [†]
	Bekar	14 (20,3)	8 (11,8)	
Eğitim durumu	İlkokul	39 (56,5)	43 (63,2)	X ² =0,642 p=0,423 [†]
	Ortaokul ve lise	30 (43,5)	25 (36,8)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	31 (44,9)	24 (35,3)	X ² =1,323 p=0,250 [†]
	Çalışmıyor	38 (55,1)	44 (64,7)	
Yaşanılan yer	Köy	29 (42,0)	32 (47,1)	X ² =1,605 p=0,448 [‡]
	İlçe	24 (34,8)	26 (38,2)	
	İl	16 (23,2)	10 (14,7)	
BKİ	Normal kilolu (18,5-24,9 kg/m ²)	3 (4,3)	3 (4,4)	X ² =1,064 p=0,786 [‡]
	Fazla kilolu (25-29,9 kg/m ²)	42 (60,9)	36 (53,0)	
	I.derece obez (30-39,9 kg/m ²)	20 (29,0)	23 (33,8)	
	II.derece obez (40kg/m ² ve üzeri)	4 (5,8)	6 (8,8)	

Ort: Ortalama; Ss: Standart Sapma; BKİ: Beden Kitle İndeksi.

*Independent Samples t-Test, [†]Pearson Ki-kare Test, [‡]Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Çalışmada müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 5’te sunuldu.

Müdahale grubundaki hastaların %59,4’üne 1-5 yıl önce hipertansiyon tanısı koyulduğu, %73,9’unun ilaç tedavisinde monoterapi kullanıldığı, %79,7’sinin 1-3 yıldır antihipertansif ilaç kullandığı, %68,1’inin antihipertansif ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %75,4’ünün ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunduğu, %50,7’sinin kan basıncındaki değişimleri fark edemediği, %53,6’sının evde kan basıncını ölçtüğü/ölçtürdüğü, %65,2’sinin hastalığa özel diyet yapmadığı, %81,2’sinin çay ve kahve tükettiği, %88,4’ünün alkol ve %71’inin sigara kullanmadığı belirlendi (Tablo 5).

Kontrol grubundaki hastaların %55,9'una 1-5 yıl önce hipertansiyon tanısı koyulduğu, %69,1'inin ilaç tedavisinde monoterapi kullanıldığı, %69,1'inin 1-3 yıldır antihipertansif ilaç kullandığı, %67,6'sının antihipertansif ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %85,3'ünün ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunduğu, %60,3'ünün kan basıncındaki değişimleri fark edebildiği, %63,2'sinin evde kan basıncını ölçtüğü/ölçtürdüğü, %67,6'sının hastalığa özel diyet yapmadığı, %86,8'inin çay ve kahve tükettiği, %85,3'ünün alkol ve %66,2'sinin sigara kullanmadığı bulundu (Tablo 5).

Gruplar arasında hipertansiyon tanısı koyulma zamanı, ilaç tedavisi türü, antihipertansif ilaç kullanım süresi, antihipertansif ilaçları düzenli kullanma durumu, ailede hipertansiyon öyküsü bulunma, kan basıncındaki değişimleri fark edebilme, evde kan basıncı ölçümü yapma/yaptırma, hastalığa özel diyet uygulama durumu, çay ve kahve kullanma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$), **müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikler açısından benzer olduğu** belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı

		Müdahale grubu (n=69)	Kontrol grubu (n=68)	Test değeri; P
		n (%)	n (%)	
HT tanı zamanı	1-5 yıl önce	41 (59,4)	38 (55,9)	$X^2=0,385^\ddagger$ p=0,825
	6-10 yıl önce	19 (27,5)	22 (32,3)	
	>10 yıl önce	9 (13,1)	8 (11,8)	
Antihipertansif ilaç tedavisi türü	Monoterapi	51 (73,9)	47 (69,1)	$X^2=0,387^\ddagger$ p=0,534
	Kombinasyon	18 (26,1)	21 (30,9)	
Antihipertansif ilaç kullanım süresi	1-3 yıl	55 (79,7)	47 (69,1)	$X^2=2,020^\ddagger$ p=0,110
	>3 yıl	14 (20,3)	21 (30,9)	
Antihipertansif ilacı düzenli kullanma	Evet	47 (68,1)	46 (67,6)	$X^2=0,017^\ddagger$ p=0,522
	Hayır	22 (31,9)	22 (32,4)	
Ailede hipertansiyon öyküsü	Evet	52 (75,4)	58 (85,3)	$X^2=2,135^\ddagger$ p=0,106
	Hayır	17 (24,6)	10 (14,7)	
Kan basıncındaki değişimleri fark edebilme durumu	Evet	34 (49,3)	41 (60,3)	$X^2=1,678^\ddagger$ p=0,130
	Hayır	35 (50,7)	27 (39,7)	
Evde kan basıncı ölçme/ölçtürme	Evet	37 (53,6)	43 (63,2)	$X^2=1,302^\ddagger$ p=0,167
	Hayır	32 (46,4)	25 (36,8)	
Hastalığa özel diyet	Tuzsuz	19 (27,5)	14 (20,6)	$X^2=1,454^\ddagger$ p=0,483
	Tuzsuz ve yağsız	5 (7,3)	8 (11,8)	
	Diyet yapmıyor	45 (65,2)	46 (67,6)	
Çay/kahve tüketme durumu	Evet	56 (81,2)	59 (86,8)	$X^2=0,789^\ddagger$ p=0,255
	Hayır	13 (18,8)	9 (13,2)	
Alkol kullanma	Evet	8 (11,6)	10 (14,7)	$X^2=0,291^\ddagger$ p=0,388
	Hayır	61 (88,4)	58 (85,3)	
Sigara kullanma	Evet	20 (29,0)	23 (33,8)	$X^2=0,372^\ddagger$ p=0,355
	Hayır	49 (71,0)	45 (66,2)	

‡Fisher-Freeman-Halton Exact Test, †Pearson Ki-kare test

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN ÖLÇEKLERDEN ALDIĞI PUANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gruplara göre çalışmaya katılan hastaların ilk görüşme ve son görüşmede Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler Tablo 6'da sunuldu.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ilk görüşmede Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalaması, tanım, medikal tedavi, ilaçlara bağlılık, yaşam biçimi, diyet ve komplikasyonlar alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$), **grupların hipertansiyon bilgi düzeylerinin birbirine benzer olduğu bulundu** (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği tanım alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $0,98\pm 0,89$, son görüşmede $1,66\pm 0,53$ olduğu, son görüşmede tanım alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-4,716$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği tanım alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $1,16\pm 0,89$, son görüşmede $1,48\pm 0,81$ olduğu, son görüşmede tanım alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-3,015$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların son görüşmede Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği tanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($Z=-0,724$, $p>0,05$) (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği medikal tedavi alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $1,24\pm 1,47$, son görüşmede $3,58\pm 0,79$ olduğu ve son görüşmede medikal tedavi alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,387$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği medikal tedavi alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $1,35\pm 1,45$, son görüşmede $1,73\pm 1,45$ olduğu, son görüşmede medikal tedavi alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-3,529$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği medikal tedavi alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların

puan ortalamasından yüksek olması, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-7,147$, $p<0.001$) (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ilaçlara bağlılık alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $1,65\pm 0,99$, son görüşmede $3,65\pm 0,68$ olduğu ve son görüşmede ilaçlara bağlılık alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,533$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ilaçlara bağlılık alt boyutu puan ortalamalarının ilk ve son görüşmede $1,82\pm 1,18$, olduğu, ilk görüşme ve son görüşmede ilaçlara bağlılık alt boyutu puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($Z=-0,032$, $p>0,05$) (Tablo 6).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ilaçlara bağlılık alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-8,251$, $p<0.001$) (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği yaşam biçimi alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $1,91\pm 1,48$, son görüşmede $4,75\pm 0,75$ olduğu ve son görüşmede yaşam biçimi alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,598$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği yaşam biçimi alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $2,26\pm 1,60$, son görüşmede $2,33\pm 1,69$ olduğu, ilk görüşme ve son görüşmede yaşam biçimi alt boyutu puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($Z=-0,691$, $p>0,05$) (Tablo 6).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği yaşam biçimi alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-8,436$, $p<0.001$) (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği diyet alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $0,50\pm 0,79$, son görüşmede $1,85\pm 0,43$ olduğu ve son görüşmede diyet alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,552$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği diyet alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $0,64\pm 0,84$, son görüşmede $0,73\pm 0,85$ olduğu, ilk görüşme

ve son görüşmede diyet alt boyutu puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($Z=-0,906$, $p>0,05$) (Tablo 6).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği diyet alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-7,522$, $p<0.001$) (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği komplikasyonlar alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $1,82\pm 2,03$, son görüşmede $4,58\pm 1,26$ olduğu ve son görüşmede komplikasyonlar alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-5,893$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği komplikasyonlar alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $2,54\pm 2,10$, son görüşmede $2,86\pm 2,22$ olduğu, son görüşmede komplikasyonlar alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-2,316$, $p<0,05$) (Tablo 6).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği komplikasyonlar alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-5,180$, $p<0.001$) (Tablo 6).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşmede $8,13\pm 4,57$, son görüşmede $20,08\pm 3,07$ olduğu ve son görüşmede ölçek toplam puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,585$, $p<0,001$) (Tablo 6).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşmede $9,79\pm 5,38$, son görüşmede $10,98\pm 5,57$ olduğu, son görüşmede ölçek toplam puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-3,488$, $p<0,05$) (Tablo 6).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların son görüşmede Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($Z=-8,725$, $p<0.001$) belirlendi. **Son görüşmede öz yönetim desteği verilen hipertansif hastalarda hipertansiyon bilgi düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu** (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Grup İçi Puan Ortalamaları						Gruplar Arası Anlamlılık	
	MÜDAHALE GRUBU (n=69)			KONTROL GRUBU (n=68)			İlk Görüşme	Son Görüşme
	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık		
Tanınım	0,98±0,89	1,66±0,53	Z= -4,716 p< 0,001§	1,16±0,89	1,48±0,81	Z= -3,015 p= 0,003§	Z= -1,154 p= 0,249	Z= -0,724 p= 0,469
Medikal Tedavi	1,24±1,47	3,58±0,79	Z= -6,387 p< 0,001§	1,35±1,45	1,73±1,45	Z= -3,529 p= 0,001§	Z= -0,577 p= 0,564	Z= -7,147 p<0,001
İlaçlara Bağlılık	1,65±0,99	3,65±0,68	Z= -6,533 p< 0,001§	1,82±1,18	1,82±1,18	Z= -0,032 p=0,974§	Z= -0,656 p= 0,512	Z= -8,251 p< 0,001
Yaşam Biçimi	1,91±1,48	4,75±0,75	Z= -6,598 p< 0,001§	2,26±1,60	2,33±1,69	Z= -0,691 p=0,490§	Z= -1,253 p= 0,210	Z= -8,436 p< 0,001
Diyet	0,50±0,79	1,85±0,43	Z= -6,552 p< 0,001§	0,64±0,84	0,73±0,85	Z= -0,906 p= 0,365§	Z= -1,068 p= 0,286	Z= -7,522 p<0,001
Komplikasyonlar	1,82±2,03	4,58±1,26	Z= -5,893 p< 0,001§	2,54±2,10	2,86±2,22	Z= -2,316 p:0,021§	Z= -1,964 p= 0,051	Z= -5,180 p<0,001
Toplam	8,13±4,57	20,08±3,07	Z= -6,585 p< 0,001§	9,79±5,38	10,98±5,57	Z= -3,488 p<0,001§	Z= -1,763 p= 0,078	Z= -8,725 p<0,001

§ Wilcoxon Test ; || Mann Whitney U Test

Gruplara göre Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farkları Tablo 7’de sunuldu.

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği tanım alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $0,68\pm 1,00$, kontrol grubunda $0,32\pm 0,76$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-2,180$, $p<0,05$) (Tablo 7).

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği medikal tedavi alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $2,33\pm 1,76$, kontrol grubunda $0,38\pm 0,88$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-6,879$, $p<0,001$) (Tablo 7).

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ilaçlara bağlılık alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $2,00\pm 1,32$ olduğu, gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-8,634$, $p<0,001$) (Tablo 7).

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği yaşam biçimi alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $2,84\pm 1,86$, kontrol grubunda $0,07\pm 0,95$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-8,577$, $p<0,001$) (Tablo 7).

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği diyet alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $1,34\pm 0,88$, kontrol grubunda $0,08\pm 0,74$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-7,524$, $p<0,001$) (Tablo 7).

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği komplikasyonlar alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $2,75\pm 2,58$, kontrol grubunda $0,32\pm 1,39$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-6,182$, $p<0,001$) (Tablo 7).

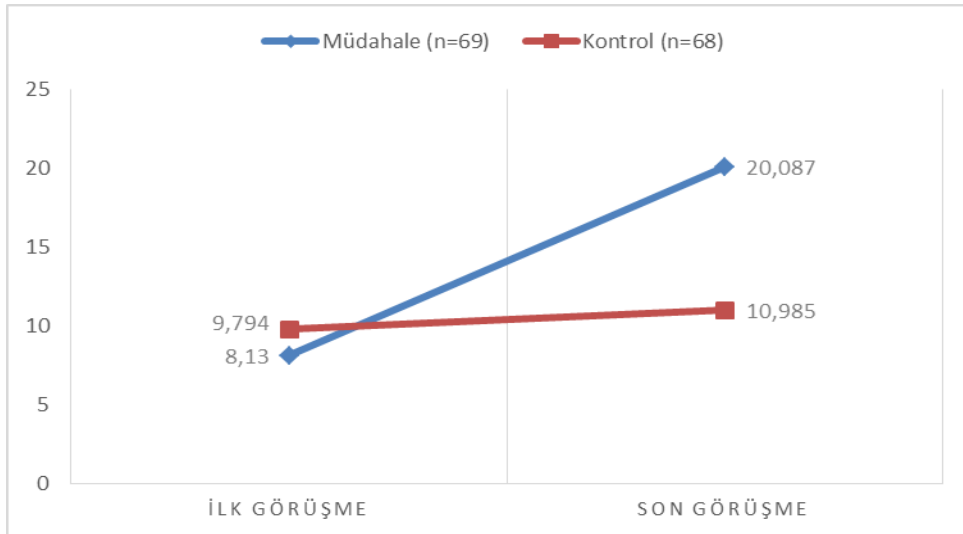
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $11,95\pm 6,48$, kontrol grubunda $1,19\pm 2,92$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-8,983$, $p<0,001$) (Tablo 7). **Öz yönetim desteği verilen müdahale grubundaki hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanlarındaki değişimin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi** (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farklarının karşılaştırılması

	İlk ve Son Görüşme Arasındaki Değişim Farkı		Anlamlılık
	Müdahale Grubu Ort.±SS	Kontrol Grubu Ort.±SS	
Tanım	0,68±1,00	0,32±0,76	Z= -2,180 p=0,029
Medikal Tedavi	2,33±1,76	0,38±0,88	Z= -6,879 p<0,001
İlaçlara Bağlılık	2,00±1,32	0,00±0,00	Z= -8,634 p<0,001
Yaşam Biçimi	2,84±1,86	0,07±0,95	Z= -8,577 p<0,001
Diyet	1,34±0,88	0,08±0,74	Z= -7,524 p<0,001
Komplikasyonlar	2,75±2,58	0,32±1,39	Z= -6,182 p<0,001
Toplam	11,95±6,48	1,19±2,92	Z= -8,983 p<0,001

|| Mann Whitney U Test

Gruplara göre Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarının değişimi Şekil 4’te sunuldu. **Müdahale grubundaki hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyini arttırdığı belirlendi.**



Şekil 4. Gruplara göre Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim

Gruplara göre çalışmaya katılan hastaların ilk görüşme ve son görüşmede Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler Tablo 8'de sunuldu.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ilk görüşmede Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam ve medikal alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, kontrol grubundaki hastaların ölçek toplam ve medikal alt boyutu puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$). Ölçeğin beslenme ve görüşme alt boyutlarına ait puan ortalamalarının gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0,05$), (Tablo 8).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği medikal alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $6,47\pm3,58$, son görüşmede $1,21\pm2,16$ olduğu ve son görüşmede medikal alt boyutu puan ortalamasının düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,670$, $p<0,001$) (Tablo 8).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği medikal alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $5,29\pm3,67$, son görüşmede $5,33\pm3,34$ olduğu, ilk görüşme ve son görüşmede medikal alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($Z=-0,222$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği medikal alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından düşük olması, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-7,475$, $p<0,001$) (Tablo 8).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği beslenme alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $3,66\pm2,02$, son görüşmede $0,53\pm1,10$ olduğu ve son görüşmede beslenme alt boyutu puan ortalamasının düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,536$, $p<0,001$) (Tablo 8).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği beslenme alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $3,20\pm1,47$, son görüşmede $3,32\pm1,52$ olduğu, ilk görüşme ve son görüşmede beslenme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($Z=-0,766$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği beslenme alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan

ortalamasından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-6,614$, $p<0.001$) (Tablo 8).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği görüşme alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $3,69\pm 1,41$, son görüşmede $1,33\pm 1,51$ olduğu ve son görüşmede ölçeğin görüşme alt boyutu puan ortalamasının düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,400$, $p<0,001$) (Tablo 8).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği görüşme alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşmede $3,39\pm 1,55$, son görüşmede $3,16\pm 1,52$ olduğu, ilk görüşme ve son görüşmede ölçeğin görüşme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($Z=-1,684$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği görüşme alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-6,614$, $p<0.001$) (Tablo 8).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşmede $13,84\pm 5,42$, son görüşmede $3,08\pm 4,18$ olduğu ve son görüşmede ölçek toplam puan ortalamasının düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,482$, $p<0,001$) (Tablo 8).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşmede $11,89\pm 5,11$, son görüşmede $11,82\pm 4,66$ olduğu, ilk görüşme ve son görüşmede ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($Z=-0,247$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların son görüşmede Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($Z=-8,926$, $p<0.001$). **Son görüşmede öz yönetim desteği verilen hipertansif hastaların hipertansiyon tedavisine uyum düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu** (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması

	Grup İçi Puan Ortalamaları						Gruplar Arası Anlamlılık	
	MÜDAHALE GRUBU (n=69)			KONTROL GRUBU (n=68)			İlk Görüşme	Son Görüşme
	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık		
Medikal	6,47±3,58	1,21±2,16	Z= -6,670 p<0,001§	5,29±3,67	5,33±3,34	Z= -0,222 p= 0,824§	Z= -2,017 p=0,044	Z= -7,475 p<0,001
Beslenme	3,66±2,02	0,53±1,10	Z= -6,536 p<0,001§	3,20±1,47	3,32±1,52	Z= -0,766 p= 0,444§	Z= -1,193 p=0,233	Z= -9,209 p<0,001
Görüşme	3,69±1,41	1,33±1,51	Z= -6,400 p<0,001§	3,39±1,55	3,16±1,52	Z= -1,684 p= 0,092§	Z= -1,300 p=0,194	Z= -6,614 p<0,001
Toplam	13,84±5,42	3,08±4,18	Z= -6,482 p<0,001§	11,89±5,11	11,82±4,66	Z= -0,247 p= 0,805§	Z= -2,284 p=0,022	Z= -8,926 p<0,001

§ Wilcoxon Test ; || Mann Whitney U Test

Gruplara göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamalarındaki değişim farkları Tablo 9’da sunuldu.

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği’nin medikal alt boyutuna ait puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $-5,26 \pm 3,92$, kontrol grubunda $0,04 \pm 2,28$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-8,633$, $p<0,001$) (Tablo 9).

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği’nin beslenme alt boyutuna ait puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $-3,13 \pm 2,33$, kontrol grubunda $1,11 \pm 1,15$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-7,771$, $p<0,001$) (Tablo 9).

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği’nin görüşme alt boyutuna ait puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $-2,36 \pm 1,96$, kontrol grubunda $-0,23 \pm 1,10$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($t=-7,826$, $p<0,001$) (Tablo 9).

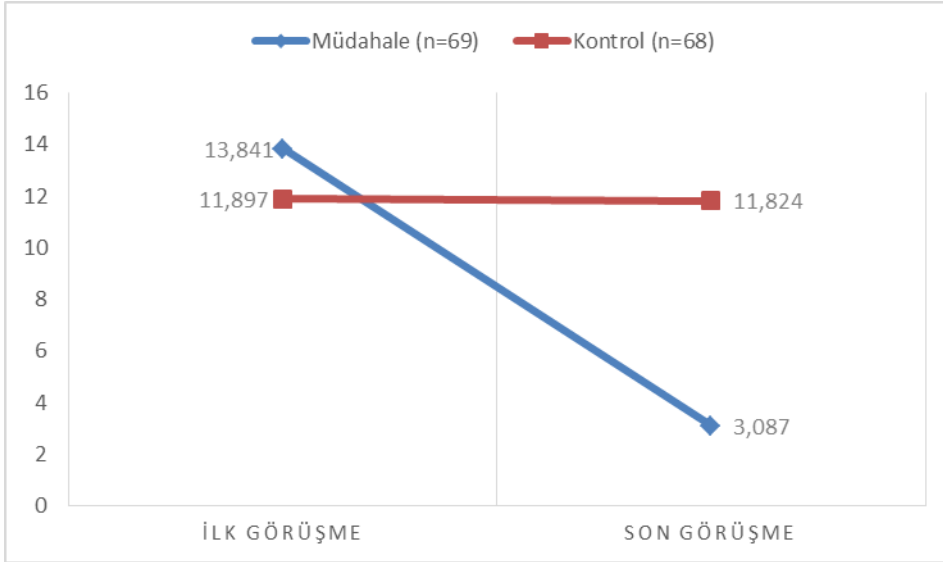
Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $-10,75 \pm 6,95$, kontrol grubunda $-0,07 \pm 3,34$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-9,104$, $p<0,001$) (Tablo 9). **Öz yönetim desteği verilen müdahale grubundaki hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanlarındaki değişimin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi** (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farklarının karşılaştırılması

	İlk ve Son Görüşme Arasındaki Değişim Farkı		Anlamlılık
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	
Medikal	$-5,26 \pm 3,92$	$-0,04 \pm 2,28$	$Z=-8,633$ $p<0,001^{ }$
Beslenme	$-3,13 \pm 2,33$	$-1,11 \pm 1,15$	$Z=-8,819$ $p<0,001^{ }$
Görüşme	$-2,36 \pm 1,96$	$-0,23 \pm 1,10$	$Z=-7,771$ $p<0,001^{ }$
Toplam	$-10,75 \pm 6,95$	$-0,07 \pm 3,34$	$Z=-9,104$ $p<0,001^{ }$

|| Mann Whitney U Test

Gruplara göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının değişimi Şekil 5’te sunuldu. **Müdahale grubundaki hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunu arttırdığı belirlendi.**



Şekil 5. Gruplara göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim

Çalışmaya katılan hastaların ilk görüşme ve son görüşmede Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının gruplara göre dağılımına ilişkin değerlendirmeler Tablo 10’da sunuldu.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ilk görüşmede Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması ile öz koruma ve sosyal koruma alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$), **grupların kronik hastalıkların öz-bakım yönetimi düzeylerinin birbirine benzer olduğu bulundu** (Tablo 10).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği öz koruma alt boyutu puan ortalamasının ilk görüşmede $67,37\pm 8,75$, son görüşmede $93,10\pm 8,67$ olduğu ve son görüşmede öz koruma alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,492$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği öz koruma alt boyutu puan ortalamasının ilk görüşmede $68,61\pm 9,62$, son görüşmede

70,08±9,41 olduğu ve son görüşmede öz koruma alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-3,038$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği öz koruma alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-9,270$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği sosyal koruma alt boyutu puan ortalamasının ilk görüşmede 45,78±8,28, son görüşmede 62,47±8,46 olduğu ve son görüşmede sosyal koruma alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-7,064$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği sosyal koruma alt boyutu puan ortalamasının ilk görüşmede 44,98±6,63, son görüşmede 46,36±6,93 olduğu ve son görüşmede sosyal koruma alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-2,742$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Son görüşmede müdahale grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği sosyal koruma alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-8,600$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Müdahale grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamasının ilk görüşmede 110,55±14,31, son görüşmede 152,01±14,94 olduğu ve son görüşmede ölçek toplam puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-6,754$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Kontrol grubunda yer alan hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamasının ilk görüşmede 111,20±14,06, son görüşmede 113,92±13,94 olduğu, son görüşmede ölçek toplam puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-3,288$, $p<0,001$) (Tablo 10).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların son görüşmede Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($Z=-9,402$, $p<0,001$) belirlendi. **Son görüşmede öz yönetim desteği verilen hipertansif hastaların öz-bakım yönetimi düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu** (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması

	Grup İçi Puan Ortalamaları						Gruplar Arası Anlamlılık	
	MÜDAHALE GRUBU (n=69)			KONTROL GRUBU (n=68)				
	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk Görüşme	Son Görüşme
Öz Koruma	67,37±8,75	93,10±8,67	Z=-6,492 p<0,001§	68,61±9,62	70,08±9,41	Z=-3,038 p=0,002§	Z=-0,539 p=0,590	Z=-9,270 p<0,001
Sosyal Koruma	45,78±8,28	62,47±8,46	Z=-7,064 p<0,001§	44,98±6,63	46,36±6,93	Z=-2,742 p=0,006§	Z=-0,677 p=0,499	Z=-8,600 p<0,001
Toplam	110,55±14,31	152,01±14,94	Z=-6,754 p<0,001§	111,20±14,06	113,92±13,94	Z=-3,288 p=0,001§	Z=-0,278 p=0,781	Z=-9,402 p<0,001

§ Wilcoxon Test ; || Mann Whitney U Test

Gruplara göre Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarındaki değişim farkları Tablo 11’de sunuldu.

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği öz koruma alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $24,76 \pm 12,93$, kontrol grubunda $1,33 \pm 5,93$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-9,318$, $p<0,001$) (Tablo 11).

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği sosyal koruma alt boyutu puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $16,69 \pm 8,43$, kontrol grubunda $1,38 \pm 4,42$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-9,133$, $p<0,001$) (Tablo 11).

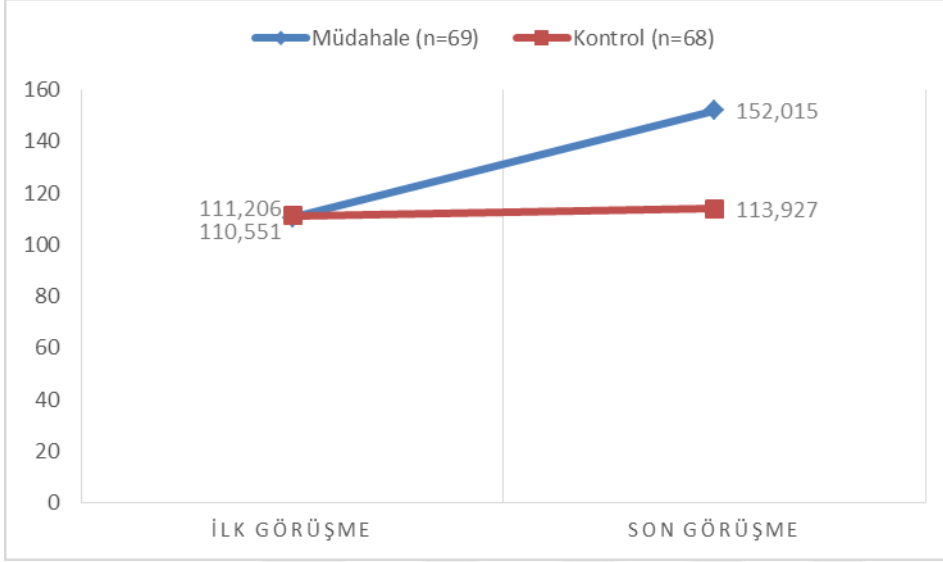
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilk görüşme ve son görüşme arasındaki değişim farkının müdahale grubunda $41,46 \pm 19,66$, kontrol grubunda $2,72 \pm 9,18$ olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($Z=-9,290$, $p<0,001$) (Tablo 11). **Öz yönetim desteği verilen müdahale grubundaki hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanlarındaki değişimin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi** (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farklarının karşılaştırılması

	İlk ve Son Görüşme Arasındaki Değişim Farkı		Anlamlılık
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	
Öz Koruma	$24,76 \pm 12,93$	$1,33 \pm 5,93$	$Z=-9,318$ $p<0,001^{\parallel}$
Sosyal Koruma	$16,69 \pm 8,43$	$1,38 \pm 4,42$	$Z=-9,133$ $p<0,001^{\parallel}$
Toplam	$41,46 \pm 19,66$	$2,72 \pm 9,18$	$Z=-9,290$ $p<0,001^{\parallel}$

\parallel Mann Whitney U Test

Gruplara göre Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarının değişimi Şekil 6’da sunuldu. **Müdahale grubundaki hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların öz-bakım yönetimini arttırdığı belirlendi.**



Şekil 6. Gruplara göre Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 12’de sunuldu.

Katılımcıların ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki karşılaştırıldığında; müdahale grubundaki hastaların ilk ve son görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları ile Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 12).

Müdahale grubundaki hastaların son görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanları ile Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12).

Kontrol grubundaki hastaların ilk ve son görüşmelerdeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanları ile Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları ve Kronik

Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki olduğu ($p<0,001$), Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları ile Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı yüksek ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların ölçeklerden aldıkları puanları arasındaki ilişki

	Test İstatistiği	Müdahale Grubu (n=69)		Kontrol Grubu (n=68)	
		İlk görüşme	Son görüşme	İlk görüşme	Son görüşme
HİB-DÖ- HBHTUÖ	r	-0,175	-0,434	-0,620	-0,602
	p	0,151 ^{††}	<0,001 ^{††}	<0,001 ^{††}	<0,001 ^{††}
HİB-DÖ- KHÖBYÖ	r	0,393	0,461	0,693	0,718
	p	0,001 ^{††}	<0,001 ^{††}	<0,001 ^{††}	<0,001 ^{††}
HBHTUÖ- KHÖBYÖ	r	-0,130	-0,349	-0,513	-0,537
	p	0,286 ^{††}	0,003 ^{††}	<0,001 ^{††}	<0,001 ^{††}

††Spearman's Korelasyon Katsayısı

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN BAZI ÖZELLİKLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hastaların yaşları ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 13'te sunuldu.

Kontrol grubunda ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden alınan puanlar ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Müdahale grubundaki hastaların yaşları ile ilk görüşmedeki Hipertansiyon-Bilgi Düzey Ölçeği puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ($r=0,007$; $p<0,05$), Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,296$; $p<0,05$) ilişki olduğu bulundu (Tablo 13). Müdahale grubundaki hastaların yaşları ile son görüşmede ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

İlk görüşmede müdahale grubundaki hastaların yaşları arttıkça hipertansiyon bilgi düzeylerinin arttığı ancak hipertansiyon tedavisine uyumlarının azaldığı belirlendi.

Tablo 13. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişki

		Müdahale grubu		Kontrol grubu	
		r	p	r	p
HİB-DÖ	İlk görüşme	0,007	0,049^{††}	0,021	0,864 ^{††}
	Son görüşme	-0,187	0,124 ^{††}	-0,042	0,735 ^{††}
HBHTUÖ	İlk görüşme	0,296*	0,014^{††}	0,052	0,671 ^{††}
	Son görüşme	0,071	0,564 ^{††}	0,096	0,438 ^{††}
KHÖBYÖ	İlk görüşme	-0,081	0,506 ^{††}	0,019	0,878 ^{††}
	Son görüşme	0,049	0,692 ^{††}	0,058	0,636 ^{††}

††Spearman's Korelasyon Katsayısı

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların cinsiyetleri ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 14'te sunuldu.

Buna göre; müdahale grubundaki hastaların cinsiyetleri ile ilk görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ($p<0,05$) ve son görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları arasında ($p<0,05$) anlamlı farklılık olduğu belirlendi (Tablo 14). **Kadın hastaların ilk görüşmede hipertansiyon tedavisine uyumlarının ve son görüşmede hipertansiyon bilgi düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulundu.**

Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetleri ile ilk ve son görüşmelerdeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ($p<0,05$) ve ilk görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları ($p<0,05$) arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu (Tablo 14). **Kontrol grubundaki kadın hastaların erkek hastalara göre ilk görüşmede hipertansiyon bilgi düzeyinin ve öz-bakım yönetiminin daha yüksek hipertansiyon tedavisine uyumunun daha iyi olduğu belirlendi. Son görüşmede de yine kadın hastaların hipertansiyon bilgi düzeyi ve öz-bakım yönetiminin daha yüksek olduğu bulundu.**

Tablo 14. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların cinsiyetleri ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		Kadın	Erkek	Anlamlılık	Kadın	Erkek	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,65±4,26 (8)	7,63±4,86 (6)	0,10	11,54±5,20 (13)	7,71±4,89 (6)	0,00
	Son görüşme	20,50±3,15 (21)	19,69±3,00 (20)	0,04	12,43±5,74 (13)	9,26±4,91 (8)	0,02
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	12,21±4,04 (11)	15,43±6,14 (15)	0,02	10,70±4,83 (10)	13,32±5,15 (13)	0,03
	Son görüşme	2,00±1,50 (2)	4,14±5,53 (2)	0,28	11,00±4,01 (11)	12,81±5,23 (13)	0,16
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	111,00±11,68 (110,5)	110,11±16,65 (110)	0,83	116,05±13,38 (116)	105,42±12,78 (104)	0,00
	Son görüşme	154,44±9,95 (156)	149,66±18,41 (153)	0,46	116,81±14,44 (118)	110,48±12,70 (106)	0,04

|| Mann Whitney U Test

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların medeni durumları ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 15'te sunuldu.

Buna göre; müdahale grubundaki hastaların medeni durumları ile son görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 15).

Evli olan hastaların son görüşmede hipertansiyon bilgi düzeyleri ve hipertansiyon tedavisine uyum düzeylerinin bekar olan hastalardan daha yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki hastaların medeni durumları ile ilk ve son görüşmelerdeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15).

Kontrol grubundaki evli olan hastaların ilk ve son görüşmelerde hipertansiyon bilgi düzeylerinin ve öz bakım yönetimlerinin bekar olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 15. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların medeni durumları ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		Evli	Bekar	Anlamlılık	Evli	Bekar	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,25±4,53 (7)	7,64±4,89 (6,5)	0,58	10,30±5,52 (9)	6,00±1,20 (6)	0,03
	Son görüşme	20,45±2,57 (21)	18,64±4,40 (20)	0,02	11,77±5,41 (11)	5,13±2,47 (5)	0,00
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	13,40±4,99 (14)	15,57±6,81 (15)	0,39	11,92±5,25 (11)	11,75±4,17 (10,5)	0,93
	Son görüşme	2,71±4,18 (2)	4,57±4,01 (3)	0,01	11,58±4,75 (11)	13,63±3,74 (14)	0,17
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	109,96±13,97 (110)	112,86±15,97 (114,5)	0,39	112,68±13,64 (111)	100,13±12,92 (98)	0,02
	Son görüşme	151,95±16,07 (156)	152,29±9,75 (153)	0,61	115,58±13,25 (117)	101,50±13,41 (99,5)	0,01

|| Mann Whitney U Test

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların eğitim durumları ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 16'da sunuldu.

Buna göre; müdahale grubundaki hastaların eğitim durumları ile ilk görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 16). **İlkokul mezunu olan hastaların ortaokul ve lise mezunu olan hastalara göre hipertansiyon tedavisine uyumlarının daha iyi olduğu bulundu.**

Kontrol grubundaki hastaların eğitim durumları ile ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların eğitim durumları ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		İlkokul	Ortaokul ve Lise	Anlamlılık	İlkokul	Ortaokul ve Lise	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,13±4,14 (7)	8,13±5,16 (6)	0,44	9,21±5,12 (8)	10,80±5,77 (10)	0,39
	Son görüşme	20,41±2,97 (21)	19,67±3,21 (20,5)	0,18	10,30±5,34 (10)	12,16±5,86 (11)	0,25
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	12,64±4,24 (12)	15,40±6,40 (15,5)	0,03	12,00±4,81 (11)	11,72±5,69 (11)	0,73
	Son görüşme	2,46±2,68 (2)	3,90±5,52 (2)	0,57	11,74±4,41 (11)	11,96±5,16 (11)	0,91
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	108,92±12,97 (111)	112,67±15,88 (109,5)	0,53	108,88±13,27 (110)	115,20±14,76 (117)	0,10
	Son görüşme	154,05±10,10 (156)	149,37±19,42 (153)	0,65	112,70±13,90 (115)	116,04±14,03 (117)	0,37

|| Mann Whitney U Test

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların çalışma durumları ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 17’de sunuldu.

Buna göre; müdahale grubunda hastaların çalışma durumları ile ilk görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 17). **Çalışan hastaların hipertansiyon tedavisine uyum düzeylerinin çalışmayan hastalardan daha iyi olduğu bulundu.**

Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumları ile ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).



Tablo 17. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların çalışma durumları ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		Çalışıyor	Çalışmıyor	Anlamlılık	Çalışıyor	Çalışmıyor	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,13±4,94 (7)	8,13±4,31 (7)	0,68	9,21±5,50 (8,5)	10,11±5,35	0,61
	Son görüşme	20,06±2,95 (21)	20,11±3,21 (21)	0,68	10,54±5,32 (10)	11,23±5,75	0,69
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	12,29±4,96 (12)	15,11±5,52 (15)	0,06	11,00±3,91 (11)	12,39±5,64	0,63
	Son görüşme	3,71±5,71 (2)	2,58±2,27 (2)	0,75	11,17±4,18 (11)	12,18±4,91	0,63
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	111,90±15,27 (110)	109,45±13,60 (110)	0,66	111,04±13,01 (106)	111,30±14,76	0,90
	Son görüşme	150,77±20,20 (154)	153,03±8,80 (154)	0,74	113,13±12,61 (108,5)	114,36±14,74	0,71

|| Mann Whitney U Test

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların antihipertansif ilaç tedavisi türü ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 18’de sunuldu.

Buna göre; kontrol grubundaki hastaların antihipertansif tedavi türü ile ilk görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 18). **Antihipertansif tedavi türü kombinasyon tedavisi olan hastaların ilk görüşmede hipertansiyon tedavisine uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu.**

Müdahale grubundaki hastaların antihipertansif tedavi türü ile ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).



Tablo 18. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların antihipertansif tedavi türü ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		Monoterapi	Kombinasyon	Anlamlılık	Monoterapi	Kombinasyon	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,13±4,28 (7)	8,11±5,45 (6,5)	0,762	9,08±4,73 (8)	11,38±6,46 (13)	0,183
	Son görüşme	19,94±3,43 (21)	20,50±1,72 (21)	0,921	10,74±5,25 (10)	11,52±6,32 (11)	0,675
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	13,92±5,57 (14)	13,61±5,11 (13)	0,826	12,61±4,71 (12)	10,28±5,69 (9)	0,029
	Son görüşme	3,13±3,59 (2)	2,94±5,66 (1)	0,207	12,42±4,62 (12)	10,47±4,56 (10)	0,150
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	109,31±15,17 (110)	114,05±11,18 (114)	0,169	109,42±14,77 (107)	115,19±11,68 (117)	0,085
	Son görüşme	151,90±12,52 (154)	152,33±20,78 (157)	0,331	112,48±14,35 (112)	117,14±12,709 (119)	0,130

|| Mann Whitney U Test

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların ailelerinde hipertansiyon öyküsü varlığı ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 19’da sunuldu.

Buna göre; müdahale grubundaki hastaların ilk görüşmedeki Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarının ailede hipertansiyon öyküsü bulunma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 19). **Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan hastaların ilk görüşmedeki öz-bakım yönetimi düzeylerinin ailede hipertansiyon öyküsü bulunmayan hastalardan daha yüksek olduğu bulundu.**

Kontrol grubundaki hastaların ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları ailede hipertansiyon öyküsü bulunma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların ailelerinde hipertansiyon öyküsü varlığı ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		Var	Yok	Anlamlılık	Var	Yok	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,69±4,89 (7)	6,41±2,90 (7)	0,21	9,83±5,47 (8)	9,60±5,08 (8,5)	0,95
	Son görüşme	20,12±3,31 (21)	20,00±2,29 (21)	0,41	10,67±5,60 (10)	12,80±5,33 (12,5)	0,27
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	13,63±5,62 (14)	14,47±4,87 (14)	0,58	11,53±4,69 (11)	14,00±7,01 (13)	0,36
	Son görüşme	3,37±4,69 (2)	2,24±1,86 (2)	0,64	11,72±4,35 (11)	12,40±6,43 (9,5)	0,75
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	112,92±13,61 (112,5)	103,29±14,39 (104)	0,03	111,24±13,23 (110)	111,00±19,10 (111,5)	0,94
	Son görüşme	152,35±15,57 (156)	151,00±13,23 (151)	0,50	112,97±13,38 (116)	119,50±16,48 (120)	0,27

|| Mann Whitney U Test

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların evde kan basıncını ölçme/ölçtürme durumları ile ilk ve son görüşmelerdeki ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular Tablo 20’de sunuldu.

Buna göre; müdahale grubundaki hastaların ilk görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarının, evde kan basıncını ölçme/ölçtürme durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 20). **Evde kan basıncını ölçen/ölçtüren hastaların ilk görüşmedeki hipertansiyon bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu.**

Kontrol grubundaki hastaların evde kan basıncını ölçme/ölçtürme durumları ile ilk ve son görüşmelerdeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ($p<0,05$) ve ilk görüşmedeki Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları ($p<0,05$) arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu (Tablo 20). **Evde kan basıncını ölçen /ölçtüren hastaların ilk ve son görüşmedeki hipertansiyon bilgi düzeyinin ve öz bakım yönetimlerinin daha yüksek, ilk görüşmedeki hipertansiyon tedavisine uyumunun daha iyi olduğu belirlendi.**

Tablo 20. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların evde kan basıncı ölçme/ölçtürme durumları ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar

		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		Evet	Hayır	Anlamlılık	Evet	Hayır	Anlamlılık
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	İlk görüşme	8,97±4,71 (8)	7,16±4,27 (6)	0,05	11,02±5,37 (10)	7,68±4,81 (6)	0,01
	Son görüşme	19,97±3,13 (21)	20,22±3,06 (21)	0,41	12,14±5,93 (12)	9,00±4,30 (8)	0,02
Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	İlk görüşme	13,16±5,43 (12)	14,63±5,39 (15)	0,16	10,77±4,56 (10)	13,84±5,51 (13)	0,02
	Son görüşme	2,86±4,31 (2)	3,34±4,09 (2)	0,45	11,23±4,88 (11)	12,84±4,15 (12)	0,16
Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	İlk görüşme	112,38±12,84 (114)	108,44±15,80 (105)	0,13	114,84±14,05 (117)	104,96±11,95 (102)	0,00
	Son görüşme	151,46±16,21 (155)	152,66±13,57 (155)	0,87	116,98±14,08 (119)	108,68±12,25 (105)	0,01

^{||} Mann Whitney U Test

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN KAN BASINCI ÖLÇÜM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gruplara göre çalışmaya katılan hastaların ilk görüşme ve son görüşmede araştırmacı tarafından hastanede ölçülen kan basıncı değeri ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler Tablo 21’de sunuldu.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ilk görüşmede araştırmacı tarafından hastanede ölçülen kan basıncı değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$), grupların kan basıncı değerlerinin birbirine benzer olduğu bulundu (Tablo 21).

Müdahale grubunda yer alan hastaların araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede $138,08\pm7,05$, son görüşmede $128,52\pm5,35$, diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede $90,68\pm6,23$, son görüşmede $83,85\pm4,36$ olduğu belirlendi. Son görüşmedeki sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ortalamalarının daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$) (Tablo 21).

Kontrol grubunda yer alan hastaların araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede $136,75\pm7,78$, son görüşmede $134,88\pm6,86$, diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede $90,42\pm5,96$, son görüşmede $89,54\pm4,89$ olduğu belirlendi. Son görüşmedeki sistolik kan basıncı değeri ortalamasının daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$) (Tablo 21).

Gruplararası karşılaştırmada müdahale grubunda yer alan hastaların son görüşmede araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarının kontrol grubundaki hastaların kan basıncı değerleri ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.001$) (Tablo 21).

Tablo 21. Araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup İçi Puan Ortalamaları						Gruplar Arası Anlamlılık	
	MÜDAHALE GRUBU (n=69)			KONTROL GRUBU (n=68)				
	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk Görüşme	Son Görüşme
Sistolik Kan Basıncı	138,08±7,05	128,52±5,35	t=14,862 p<0,001¶	136,75±7,78	134,88±6,86	t=4,435 p<0,001¶	t=1,054 p=0,294*	t=-6,049 p<0,001*
Diyastolik Kan Basıncı	90,68±6,23	83,85±4,36	t=10,948 p<0,001¶	90,42±5,96	89,54±4,89	t=1,570 p=0,121¶	t=0,244 p=0,807*	t=-7,192 p<0,001*

¶ Paired Samples Test, *Independent Samples t-Test

Gruplara göre çalışmaya katılan hastaların ilk görüşme ve son görüşmede araştırmacı tarafından hastanede ölçülen kan basıncı değerlerindeki değişim farkına ilişkin değerlendirmeler Tablo 22’de sunuldu.

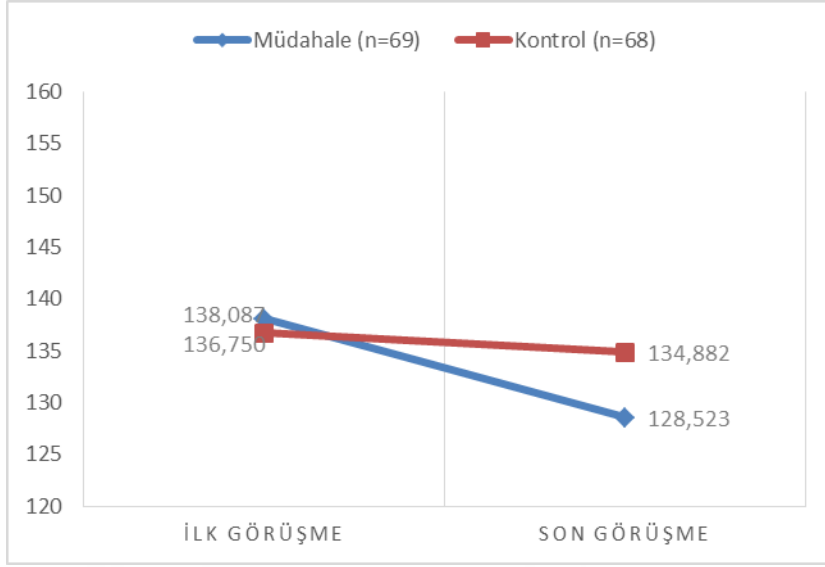
Müdahale grubunda yer alan hastalarda araştırmacı tarafından hastanede ilk ve son görüşmede ölçülen sistolik kan basıncı değeri değişim farkı ortalamasının $-9,56\pm 5,34$, diyastolik kan basıncı değeri değişim farkı ortalamasının $-6,82\pm 5,18$, kontrol grubunda yer alan hastalarda araştırmacı tarafından hastanede ilk ve son görüşmede ölçülen sistolik kan basıncı değeri değişim farkı ortalamasının $-1,86\pm 3,47$, diyastolik kan basıncı değişim farkının $0,88\pm 4,63$ olduğu bulundu. Gruplar arasındaki sistolik ve diyastolik kan basıncı değişim farkı ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 23).

Tablo 22. Araştırmacı tarafından hastanede ölçülen kan basıncı değeri ortalamaları arasındaki değişim farkının karşılaştırılması

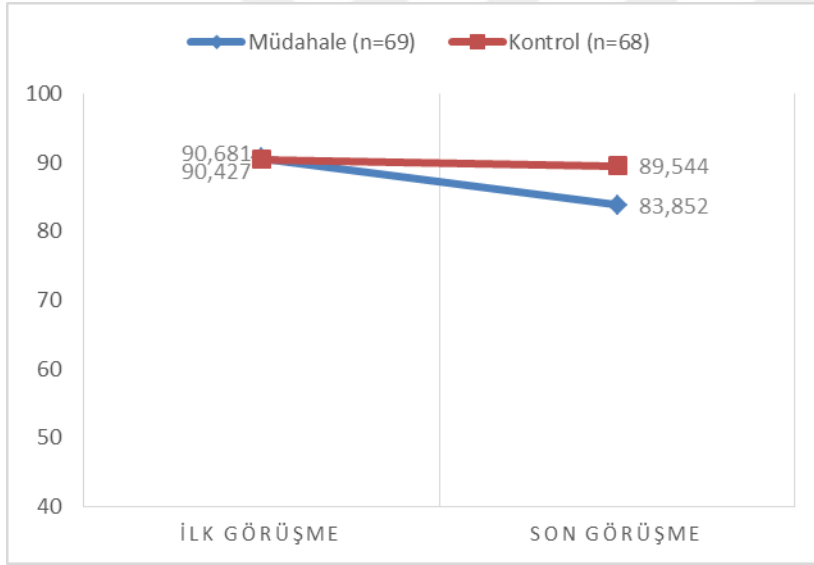
	İlk ve Son Görüşme Arasındaki Değişim Farkı		Anlamlılık
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	
Sistolik Kan Basıncı	$-9,56\pm 5,34$	$-1,86\pm 3,47$	$t=-10,007$ $p<0,001$*
Diyastolik Kan Basıncı	$-6,82\pm 5,18$	$-0,88\pm 4,63$	$t=-7,077$ $p<0,001$*

*Independent Samples t-Test

Gruplara göre hastaların araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ortalamalarının değişimi Şekil 7 ve Şekil 8’de sunuldu. **Müdahale grubundaki hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarını düşürmede etkili olduğu bulundu.**



Şekil 7. Araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim



Şekil 8. Araştırmacı tarafından hastanede ölçülen diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim

Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde ölçülen sabah ve akşam kan basıncı değerlerinin ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler Tablo 23'te sunuldu.

Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde sabah ölçülen sistolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede 134,71±8,09, son görüşmede 127,18±6,59, diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede 89,00±5,06, son görüşmede 83,05±4,28 olduğu belirlendi. Sabah ölçülen kan basıncı değerleri ortalamalarının son görüşmede anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi (p<0,001) (Tablo 23).

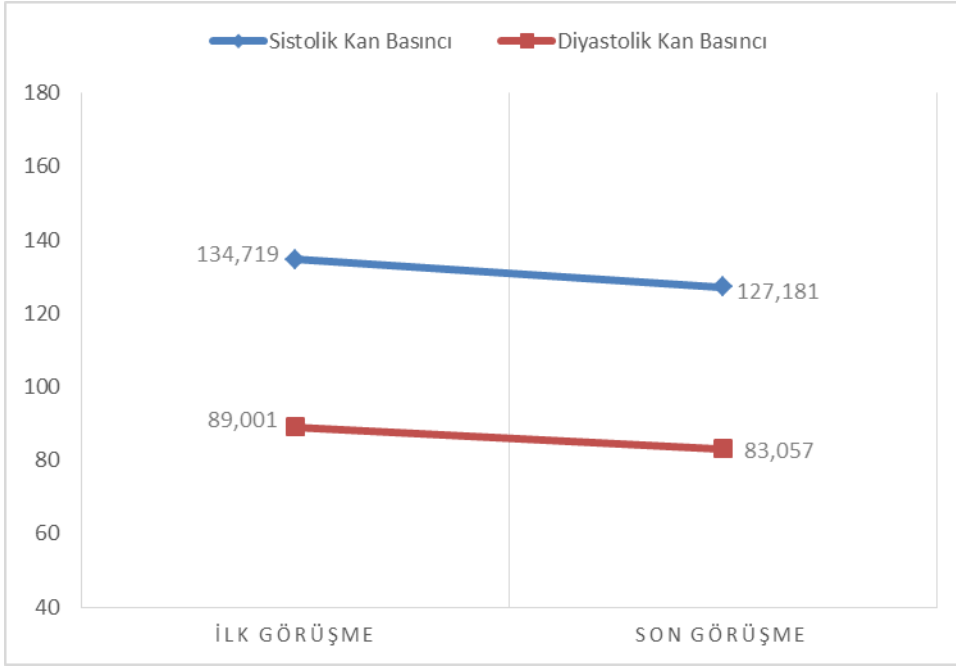
Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde akşam ölçülen sistolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede 135,51±7,43, son görüşmede 127,67±5,55, diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarının ilk görüşmede 89,73±5,04, son görüşmede 83,58±3,85 olduğu belirlendi. Akşam ölçülen kan basıncı değerleri ortalamalarının son görüşmede anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi (p<0,001) (Tablo 23).

Tablo 23. Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde ölçülen sabah ve akşam kan basıncı değerleri ortalamalarının karşılaştırılması

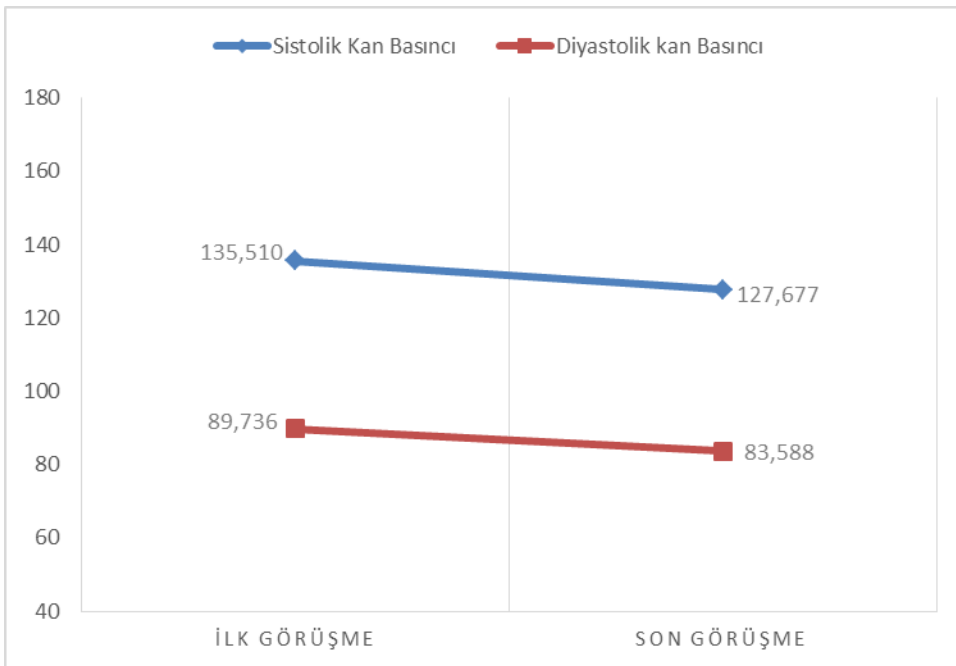
	MÜDAHALE GRUBU (n=69)					
	Sabah			Akşam		
	İlk görüşme Ort.±SS	Son Görüşme Ort.±SS	Anlamlılık	İlk görüşme Ort.±SS	Son görüşme Ort.±SS	Anlamlılık
Sistolik Kan Basıncı	134,71±8,09	127,18±6,59	t=9,391 p<0,001¶	135,51±7,43	127,67±5,55	t=10,855 p<0,001¶
Diyastolik Kan Basıncı	89,00±5,06	83,05±4,28	t=11,134 p<0,001¶	89,73±5,04	83,58±3,85	t=11,412 p<0,001¶

¶ Paired samples test

Müdahale grubunda yer alan hastalar tarafından evde ölçülen sabah ve akşam kan basıncı değerleri ortalamalarının değişimine ilişkin değerlendirmeler Şekil 9 ve 10'da sunuldu. **Öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastalarda, evde hasta tarafından ölçülen sabah ve akşam kan basıncı değerlerini düşürmede etkili olduğu belirlendi.**



Şekil 9. Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde sabah ölçülen kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim



Şekil 10. Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde akşam ölçülen kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim

TARTIŞMA

Hipertansiyon sık görülen kronik bir hastalık olup, yetişkinlerdeki prevalansı %30-45 arasında değişmektedir (3,5). Kardiyovasküler ve renal hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan hipertansiyon tedavi edilmediğinde mortalite, morbidite ve tedavi maliyetlerini arttırmakta ve ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (10,19,20,21,22). Hemşireler, hipertansif hastalara sağlayacakları öz yönetim desteği ile yaygın olarak görülen ve ciddi komplikasyonlara neden olan hipertansiyonun kontrol altına alınmasında önemli rol oynayabilirler (110).

Bu çalışma, hipertansiyon tanısı koyulan hastalara verilen öz yönetim desteğinin, hastaların bilgi düzeyi, tedaviye uyum ve öz bakım yönetimine etkisinin belirlenmesi ve öz yönetim desteği sonrası hastaların kan basıncı değerlerindeki değişimin incelenmesi amacı ile gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunuldu.

- Tanıtıcı ve hastalığa ilişkin bulguların tartışılması,
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hipertansiyon bilgi düzeylerinin tartışılması,
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hipertansiyon tedavisine uyum düzeylerinin tartışılması,

- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi düzeylerinin tartışılması,
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin tartışılması,
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçeklerden aldıkları puanların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin bazı özelliklere göre tartışılması,
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların kan basıncı ölçüm sonuçlarının tartışılması.

TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmada müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, BKİ, hipertansiyon tanısı koyulma zamanı, antihipertansif tedavi türü, kullanım süresi ve ilaçları düzenli kullanma durumu, ailede hipertansiyon öyküsü varlığı, kan basıncındaki değişimleri fark etme ve kan basıncı ölçme durumları, hastalığa özel diyet, çay/kahve tüketme, alkol ve sigara kullanma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 4, Tablo 5).

Yapılan prevalans çalışmalarında hipertansiyonun görülme sıklığının yaş ile birlikte arttığı hipertansif hastaların çoğunun 50 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmektedir (23,25,131). Literatürde esansiyel hipertansiyonun daha çok 30-50 yaşları arasında görüldüğü, 55 yaşına kadar hipertansiyon insidansının erkeklerde daha fazla olduğu, 55-74 yaşları arasında kadınlar ve erkeklerdeki hipertansiyon insidansının eşitlendiği, 74 yaşından sonra ise kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (28).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması müdahale grubunda 56,23±6,96 yıl, kontrol grubunda 57,58±6,35 yıldır (Tablo 4). Yapılan benzer çalışmalarda da hipertansif hastaların yaş ortalamalarının 50 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur (70,83,132).

Ülkemizde 2012 yılında yapılan bir hipertansiyon prevalans çalışmasında erkeklerin %49,7'sinde, kadınların %50,3'ünde hipertansiyon görüldüğü belirlenmiştir (27). Gerek Türkiye gerekse farklı ülkelerde hipertansif hastalar ile yapılan çalışmalarda hastaların yarısından çoğunun erkek olduğu belirtilmektedir (93,117,133,134). Bu çalışmada da hastaların yarısından çoğunun erkek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Beden kitle indeksi, hipertansiyonun ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörüdür (131). Kan basıncı kontrolünü sağlamak ve hipertansiyona bağlı ortaya çıkabilecek

mortaliteyi en düşük seviyede tutmak için BKİ'nin 20-25 kg/m² olarak korunması gerekmektedir (3). Literatürde, hipertansiyonun aşırı kilo ile yakın ilişki içerisinde olduğu (40), hipertansif hastaların çoğunun BKİ'ye göre fazla kilolu olduğu bildirilmektedir (59,112,117,135). Bu çalışmada da hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunun fazla kilolu olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların %73'9'unun, kontrol grubundakilerin %69,1'inin antihipertansif tedavi türünün monoterapi olduğu ve çoğunun ilacını düzenli olarak kullandığı bulunmuştu (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda hastaların çoğunun tek bir antihipertansif ilaç kullandıkları bildirilmektedir (23,59,66,67). Avrupa Kardiyoloji Derneği 2018 Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda da hipertansiyon hastalarında tedaviye ilişkin faktörlere bağlı uyumsuzluğu ortadan kaldırmak için ilaç sayısının azaltılması mümkünse tek hap kombinasyonlarının kullanılması önerilmektedir (3).

Hipertansiyon sıklığını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda, ailede hipertansiyon öyküsü olmasının hipertansiyon görülme sıklığını anlamlı olarak arttırdığı (131), ailesinde hipertansiyon öyküsü olan hastaların çoğunun kan basıncının yüksek olduğu belirlenmiştir (23). Çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan hastaların büyük çoğunluğunun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Hipertansif hastalar ile yapılan benzer çalışmalarda da hastaların çoğunun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu bildirilmiştir (59,65,133,136).

Literatürde evde kan basıncı takibi ve kendi kentine kan basıncını ölçmenin hastalarda tedaviye uyumu ve hastalık üzerindeki kontrolü arttırdığı bildirilmektedir (137,138). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunun evde kan basıncı takibi yaptığı/yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda da araştırma bulgumuzla benzer olarak evde kan basıncı takibi yapan/yaptıran hastaların oranının yüksek olduğu bulunmuştur (93,127,133,139,140).

Beslenme değişiklikleri ve diyet hipertansiyonun tedavisinde önemli bir nonfarmakolojik yaklaşım olmasına rağmen, çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastaların çoğunun hipertansiyona özel diyet uygulamadıkları bulunmuştur (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda da araştırma bulgumuzla benzer olarak hipertansif hastalar arasında özel diyet yapmayan/diyetine uymayan hasta oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (141,142,143,144).

Literatürde alkol kullanımının antihipertansif ilaçların etkisini azalttığı, sigara kullanımının ise kardivasküler riskleri ve tedaviye karşı direnci arttırdığı belirtilmektedir (1,2). Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun alkol ve sigara kullanmadıkları/bıraktıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda da araştırma bulgumuzla benzer olarak alkol ve sigara kullanmayan hastaların oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (23,83,127,132,136).

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN HİPERTANSİYON BİLGİ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında bireyin hastalığı ile ilgili bilgi ve farkındalığının artırılması önemlidir (47,48). Yapılan çalışmalarda hipertansif hastalara verilen eğitimlerin hastalık ile ilgili bilgi düzeyini arttırdığı, evde kan basıncı takibini kolaylaştırdığı, kan basıncının düşürülmesinde etkili olduğu ve kontrolsüz hipertansiyonu olan hastaların oranını azalttığı bildirilmektedir (60,61,62,63).

Bu çalışmada Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği kullanılarak müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hipertansiyona ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirildi. Ölçeğin puanlamasında, ölçekten alınabilecek puanların 0 ile 22 arasında değiştiği, puan 22'ye yaklaştıkça hipertansiyon bilgi düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (129). Özyönetim desteği öncesinde ilk görüşmede müdahale grubundaki hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamasının $8,13 \pm 4,57$, kontrol grubundaki hastaların ise $9,79 \pm 5,38$ olduğu ve her iki grubun hipertansiyon bilgi düzeylerinin düşük ve benzer düzeyde olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 6).

Çalışma bulgumuzla benzer şekilde, değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda hipertansif hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerinin çoğunlukla düşük olduğu bildirilmiştir. Polanska ve ark. (47)'nin Polonya'da, Motlagh ve ark.(52)'nin İran'da, Ding ve ark. (65)'nin Çin,'de, Adebanjo ve ark. (145)'nin Nijerya'da, Oskay ve ark. (50) ile Gürdoğan ve Gürdoğan'ın (133) Türkiye'de yapmış oldukları çalışmalarda hipertansiyon hastalarının hipertansiyon hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Mata ve ark. (49), Kılıç ve ark. (62), Giena ve ark. (146) ve Amer ve ark. (147)'nin hipertansif hastalar ile yaptıkları çalışmalarda hastaların hipertansiyon hakkında orta düzeyde bilgiye sahip oldukları, Al-daken ve Eshah (59)'ın çalışmasında ise hastaların hipertansiyon hakkında mükemmel düzeyde bilgiye sahip oldukları bildirilmiştir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastalara uygulanan, hastalık hakkında bilgi ve hastalığın yönetimini içeren özyönetim desteği sonrasında yapılan son görüşmede müdahale grubunun Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamasının $20,08 \pm 3,07$ olduğu, herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubunun son görüşmedeki ölçek puan ortalamasının ise $10,98 \pm 5,57$ olduğu bulunmuştur. Öz yönetim desteği uygulanan müdahale grubunda hipertansiyon bilgi düzeyinin ortalama $11,95 \pm 6,48$ puan yükseldiği, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$), (Tablo 6, Tablo 7).

Calano ve ark. (63) tarafından yapılan çalışmada, hipertansif hastalarda kan basıncı izlemi, sağlık eğitimi, motivasyonel görüşme, kişiselleştirilmiş yaşam tarzı değişikliği planı ve ev ziyaretlerini içeren toplum temelli sağlık eğitim programının, hastaların hastalık ile ilgili bilgi düzeyi üzerinde anlamlı iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Ozoemena ve ark. (134), Darrat ve ark. (135), Kolcu (148), ve Bilir (149)'in çalışmalarında da hipertansif hastalara uygulanan eğitimlerin hastaların hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir. Park ve Kim (150) hemşire liderliğindeki ev ziyareti programının Koreli yaşlılarda hipertansiyonun öz yönetimine etkisini incelemiş, ev ziyaretlerinin hastaların hipertansiyon bilgisi üzerinde olumlu ve anlamlı etkisi olduğunu bulmuştur. Gürdoğan ve Gürdoğan (133) çalışmalarında hipertansiyonu olan hastaların hastalık üzerindeki kontrollerini artırmak için sağlık profesyonellerinin hastalara eğitim vermelerini önermektedir. Bu çalışmada hipertansiyon hastalarına verilen öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyini arttırmış olması, hemşirelerin, hipertansiyon hakkında hastalara yapacakları eğitimler ile hastaların bilgi düzeyini yükseltebileceklerini ve böylece öz yönetimleri üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermekte olup, hipertansiyon hastalarına verilen öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Araştırmanın hipotezlerinden biri olan “Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine etkisi vardır” hipotezi kabul edildi.

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Tedaviye uyumsuzluk, hipertansiyon hastalarında komplikasyonların görülmesine, mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır (4,6). Bu nedenle hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumun sağlanması ve sürdürülmesi hipertansiyonun kontrol altına alınması ve terapötik başarının sağlanmasında önemlidir (6,7,72). Yapılan çalışmalarda hastalara verilen eğitimlerin tedaviye uyumu arttırdığına ilişkin bulgular mevcuttur (63,150).

Çalışmada Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılarak müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hipertansiyon tedavisine uyum düzeyleri değerlendirildi. Ölçeğin puanlamasında, ölçekten alınabilecek puanların 0 ile 42 arasında değiştiği, puanın 0 yada 0'a yakın olmasının tedaviye mükemmel uyumu ifade ettiği bildirilmektedir (130). Öz yönetim desteği öncesinde ilk görüşmede müdahale grubundaki hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamasının $13,84 \pm 5,42$, kontrol grubundaki hastaların ise $11,89 \pm 5,11$ olduğu, her iki grubun tedaviye uyum düzeylerinin yetersiz olduğu, bu yetersizliğin müdahale grubunda daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 8).

Yapılan çalışmalarda hipertansif hastaların tedaviye uyumlarının farklılık gösterdiği bulunmuş olup, Al-daken ve Eshah (59), Karaeren ve ark. (70), Anadolu ve Dişçigil (77), Karmoker ve ark. (86), Abbas ve ark. (93) ve Mert ve ark. (151) çalışmalarında hastaların antihipertansif tedaviye uyumlu olduklarını belirlemiştir. Osamor ve Owumi (6), Busari ve ark. (53), Gün ve Korkmaz (74), Gürdoğan ve Gürdoğan (133), Amer ve ark. (147) ve Akın (152)'in çalışmalarında ise, bizim çalışmamızın bulguları ile benzer şekilde hipertansif hastaların tedaviye uyum düzeylerinin yeterli olmadığı bulunmuştur.

Müdahale grubundaki hastalara uygulanan, hastalık hakkında bilgi ve hastalığın yönetimini içeren özyönetim desteği sonrasında yapılan son görüşmede müdahale grubunun Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamasının $3,08 \pm 4,18$ olduğu, herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubunun son görüşmedeki ölçek puan ortalamasının ise $11,82 \pm 4,66$ olduğu bulunmuştur. Öz yönetim desteği uygulanan müdahale grubunda tedaviye uyum puanı ortalamasının $10,75 \pm 6,95$ puan düştüğü, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$), (Tablo 8, Tablo 9).

Literatürde hipertansif hastaların tedaviye uyumlarını arttırmaya yönelik yapılan farklı müdahale çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmalarda; Calano ve ark. (63), toplum temelli sağlık eğitim programı uygulanan hastaların, Park ve Kim (150) hemşire liderliğinde ev ziyareti yapılan hastaların, Alhalaiga ve ark. (153) tedaviye uyum terapisi uygulanan hastaların tedaviye uyumlarının anlamlı olarak arttığını bulmuştur. Ayrıca Irmak ve ark. (66), Hacıhasanoğlu ve Gözüm (83), Kulak (143) ve Kolcu (148) tarafından yapılan farklı çalışmalarda hemşire tarafından verilen hastalığa özgü eğitimlerin hipertansif hastalarda tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmiştir. Bosworth ve ark. (154) hipertansiyonun kontrolünü sağlamada öz yönetimin etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında hastalara verilen eğitim sonrasında düzenli ilaç kullanım oranının %55'ten %77'ye yükseldiğini belirlemiştir.

Eğitim ve danışmanlık rolleri hemşirelerin özerkliklerini yüksek oranda kullandıkları roller arasında yer almaktadır (155). Hemşireler bu rollerini kullanarak hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi ve farkındalıklarının yanı sıra tedaviye uyumlarını da arttırabilirler. Literatürdeki benzer çalışmalar ile uyumlu olarak bu çalışmada hipertansiyon hastalarına verilen öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunu arttırmada etkili olduğu belirlenmiş, araştırmanın hipotezlerinden biri olan "Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların tedaviye uyumuna etkisi vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN KRONİK HASTALIKLARIN ÖZ-BAKIM YÖNETİMİ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Öz-bakım yönetimi, hipertansif hastaların hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve sorunlarını kendi kendilerine çözmelerini sağlamaktadır (15,156). Yapılan çalışmalarda öz-bakımlarını etkili bir şekilde yöneten hastalarda, yaşam kalitesinin arttığı, hastalığa bağlı komplikasyonların, hastaneye yatışların, morbidite ve mortalitenin azaldığı bildirilmektedir (119,120,121,122).

Bu çalışmada Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği kullanılarak müdahale ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım yönetimi düzeyleri değerlendirildi. Ölçeğin puanlamasında, ölçekten alınabilecek puanların 35 ile 175 arasında değiştiği, puan 175'e yaklaştıkça hastaların öz-bakım yönetimi düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir (116). Öz yönetim desteği öncesinde ilk görüşmede müdahale grubundaki hastaların Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamasının $110,55 \pm 14,31$, kontrol

grubundaki hastaların ise $111,20 \pm 14,06$ olduğu, her iki grubun öz-bakım yönetimi düzeylerinin orta düzeyde ve benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 10). Benzer şekilde Bakoğlu ve Yetkin (157) ve Bahar (158) tarafından yapılan hipertansiyonu olan hastaların öz bakım gücünün değerlendirildiği farklı çalışmalarda da hastaların öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu bildirilmiştir.

Müdahale grubundaki hastalara uygulanan öz yönetim desteği sonrasında yapılan son görüşmede, müdahale grubunun Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamasının $152,01 \pm 14,94$ olduğu, herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubunun son görüşmedeki ölçek puan ortalamasının ise $113,92 \pm 13,94$ olduğu bulunmuştur. Öz yönetim desteği uygulanan müdahale grubunda öz-bakım yönetimi düzeyinin ortalama $41,46 \pm 19,66$ puan yükseldiği, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$), (Tablo 10, Tablo 11).

Zhu ve ark. (159) tarafından yapılan çalışmada, hipertansif hastalarda karar desteği, klinik bilgi ve öz yönetim desteğini içeren hemşire liderliğindeki hipertansiyon yönetim modelinin, hastaların hipertansiyon ile ilgili öz-bakım davranışları üzerinde anlamlı iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Yatim ve ark. (112), Ozoemena ve ark. (134), Darrat ve ark. (135) ve Saldana ve ark. (160)'nın çalışmalarında da hipertansif hastalara uygulanan eğitimlerin, hastaların öz-bakım düzeylerini arttırdığı bildirilmiştir. Rujiwatthanaokorn ve ark. (161) hipertansiyon öz yönetim programının öz-bakıma etkisini incelemiş, programın hastaların hipertansiyon ile ilgili öz-bakım bilgi ve yeteneği üzerinde olumlu ve anlamlı etkisi olduğunu bulmuştur.

Öz yönetim desteği, hastanın hastalığını kendi kendisine yönetmesini sağlayan bilgi, beceri ve motivasyonun kazandırılmasını amaçlamaktadır (111). Hemşirelerin, hipertansiyon tanısı koyulan hastalara yapacakları hastalık ile ilgili bilgi ve becerilerin öğretilmesini içeren öz yönetim desteği ile hastaların öz bakım güçlerini ve hastalık üzerindeki kontrollerini arttırmada etkili olabilecekleri düşünülmektedir. Bu çalışmada müdahale grubundaki hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların öz-bakım yönetimini arttırmada etkili olduğu bulundu. Araştırmanın hipotezlerinden olan “Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların öz bakım yönetimine etkisi vardır” hipotezi kabul edildi.

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2018 yılı arteriyal hipertansiyon yönetim kılavuzu, hipertansiyon hastalarında öz yönetim desteğinin hastalık ile ilgili bilgi ve tedaviye uyumu arttırarak, öz bakım yönetimini sağlamada önemli olduğunu vurgulamaktadır (3). Çalışmamızda öz bakım yönetimleri yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının arttığı, ayrıca hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça öz bakım yönetimlerinin ve tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Yapılan çalışmalarda Polanska ve ark. (47), Busari ve ark. (53), Gürdoğan ve Gürdoğan (133) ve Amer ve ark. (147) hipertansiyon ile ilgili bilgisi yüksek olan hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuştur. Karaeren ve ark. (70) hipertansiyon ve ilaçlar hakkında bilgisi fazla olan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Ozoemena ve ark. (134) tarafından yapılan çalışmada, hipertansiyon hastalarına uygulanan sağlık eğitimi sonrasında hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığı, bunun sonucunda hastaların öz-bakım davranışlarının iyileştiği belirlenmiştir. Bahar (162) tarafından yapılan başka bir çalışmada da hipertansiyon hakkında bilgilendirilen hastalarda öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kişinin sağlık ve iyilik halini korumak ve yaşamını sürdürmek için kendine düşen görevleri yapması olarak tanımlanabileceği öz bakım, kronik bir hastalık olan hipertansiyonun yönetiminde başarıya ulaşmada önemli bir gereklilik olduğunu söyleyebiliriz.

MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTALARIN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN BAZI ÖZELLİKLERE GÖRE TARTIŞILMASI

Hipertansif hastaların bilgi düzeyleri, tedaviye uyumları ve öz bakım yönetimleri tanıtıcı ve hastalığa ilişkin bazı değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Bu çalışmada müdahale grubundaki hastalarda ilk görüşmede, hastaların yaşları arttıkça hipertansiyon bilgi düzeylerinin arttığı ancak hipertansiyon tedavisine uyumlarının azaldığı bulunmuştu (Tablo 13). Benzer şekilde Mata ve ark. (49), Melnikov (138), Adebajo ve ark. (145) çalışmalarında hastaların yaşları arttıkça bilgi düzeylerinin arttığını, Amer ve ark. (147) yaş arttıkça tedaviye uyumun azaldığını bulmuştur.

Çalışmada müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların cinsiyetleri ile ilk ve son görüşmelerde ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; müdahale grubundaki kadın hastaların ilk görüşmede hipertansiyon tedavisine uyumlarının ve son görüşmede hipertansiyon bilgi düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu, kontrol grubundaki kadın hastaların ilk ve son görüşmedeki hipertansiyon bilgi düzeyinin ve öz bakım yönetimlerinin ve ilk görüşmedeki hipertansiyon tedavisine uyumlarının erkek hastalardan daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Yapılan çalışmalarda da; Zhang ve ark. (48) ile Gürdoğan ve Gürdoğan (133) kadın hastaların hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu, Al-daken ve Eshah (59), Gürdoğan ve Gürdoğan (133) ile Erci ve ark. (162) kadın hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuştur. Bahar (158)'ın çalışmasında ise anlamlı farklılık olmamasına rağmen kadın hastaların öz bakım gücünün daha iyi olduğu belirtilmiştir.

Hastaların medeni durumları ile ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; müdahale grubundaki hastalarda son görüşmede hipertansiyon bilgi düzeyleri ve hipertansiyon tedavisine uyum düzeylerinin evlilerde daha yüksek olduğu, kontrol grubundaki hastalarda ilk ve son görüşmelerde hipertansiyon bilgi düzeylerinin ve öz bakım yönetimlerinin evli olan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 15). Yapılan çalışmalarda, Chajae ve ark. (58) ile Adebanjo ve ark. (145) evli olan hipertansif hastaların hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeylerinin daha fazla olduğunu, Erci ve ark. (162) evli olan hastaların tedaviye daha uyumlu olduklarını bulmuşlardır.

Ailede hipertansiyon öyküsü varlığı hipertansiyonun görülme sıklığını etkileyen önemli bir faktör olarak bildirilmektedir (131). Çalışmamızda müdahale grubundaki hastalarda ilk görüşmede ailesinde hipertansiyon öyküsü olan hastaların öz-bakım yönetimi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştu (Tablo 19). Bireyin öz bakım yönetimi yaşam deneyimlerinden ve birlikte yaşadığı kişilerden etkilenebilir. Ayrıca bireyler sosyal çevreleriyle hatalıklarının yönetimlerine ilişkin deneyimlerini paylaşabilirler. Bu nedenle ailede hipertansiyon öyküsü varlığının hastaların öz bakım yönetimlerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Fava ve ark. (137) ile Melnikov (138) yaptıkları çalışmada evde kan basıncı takibi yapmanın ve kendi kedine kan basıncını ölçmenin hastalarda tedaviye uyumu ve hastalık üzerindeki kontrolü arttırdığını bildirmiştir. Çalışmamızın müdahale grubunda evde kan basıncını ölçen/ölçtüren hastaların ilk görüşmedeki hipertansiyon bilgi düzeylerinin daha

yüksek olduğu, kontrol grubunda ise evde kan basıncını ölçen/ölçtüren hastaların ilk ve son görüşmedeki hipertansiyon bilgi düzeyinin ve öz bakım yönetimlerinin daha yüksek, ilk görüşmedeki hipertansiyon tedavisine uyumunun daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 20). Gürdoğan ve Gürdoğan (133) tarafından yapılan çalışmada da evde kan basıncı takibi yaptıran hastaların hipertansiyon bilgi düzeylerinin yüksek ve tedaviye daha uyumlu oldukları belirlenmiştir.

MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDAKİ HASTALARIN KAN BASINCI ÖLÇÜM SONUÇLARININ TARTIŞILMASI

Hipertansiyon tedavisinin temeli kan basıncının kontrol altına alınması ve optimum düzeyde tutulmasıdır (2). Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzunda optimum kan basıncı değerlerinin <120 ve <80 mmHg olarak bildirmektedir (3).

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların kan basıncı düzeyleri araştırmacı tarafından hastanede yapılan kan basıncı ölçümleri ile değerlendirildi. Hastalar ile yapılan ilk görüşmede, araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının müdahale grubundaki hastalarda $138,08 \pm 7,05/90,68 \pm 6,23$ mmHg, kontrol grubundaki hastalarda $136,75 \pm 7,78/90,42 \pm 5,96$ mmHg olduğu bulunmuştur (Tablo 21). Her iki grubun kan basıncı değeri ortalamaları Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Arteriyel Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzuna göre değerlendirildiğinde Evre I hipertansiyon sınıflamasında yer aldığı belirlenmiştir (3).

Uygulanan öz yönetim desteği sonrasında müdahale grubundaki hastaların, araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $128,52 \pm 5,35/83,85 \pm 4,36$ mmHg, herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubundaki hastaların sistolik/ diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasını $134,88 \pm 6,86/89,54 \pm 4,89$ mmHg olduğu bulunmuştur. Öz yönetim desteği uygulanan müdahale grubundaki hastalarda sistolik kan basıncı değerinin ortalama $9,56 \pm 5,34$ mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin ise $6,82 \pm 5,18$ mmHg düştüğü, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$), (Tablo 21, Tablo 22). Öz yönetim desteği sonrasında müdahale grubundaki hastaların sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının Avrupa Kardiyoloji Derneği, Arteriyel Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzuna göre değerlendirildiğinde normal sınıflamasında yer aldığı belirlenmiştir (3).

Yatim ve ark. (112), İncirkuş (132), Zhu ve ark. (159) ve Rujiwatthanaokorn ve ark. (161)'nin hipertansif hastalara öz yönetim desteği uyguladıkları çalışmalarında öz yönetim desteği sonrasında hastaların kan basıncı değerlerinde anlamlı düşüşler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kılıç ve Uzunçakmak (62), Calano ve ark. (63), Hacıhasanoğlu ve Gözüm (83), Özpancar (127), Darrat ve ark. (135), Kolcu (148) ve Farahmand ve ark. (163) tarafından yapılan farklı çalışmalarda hemşire tarafından verilen hastalığa özgü eğitimlerin hipertansif hastaların kan basınçlarında düşüş sağladığı bildirilmiştir.

Çalışmada müdahale grubundaki hastalara verilen öz yönetim desteği içerisinde kendi kendine kan basıncı ölçüm becerisinin öğretilmesi yer almakta idi. Bu doğrultuda müdahale grubundaki hastaların bir hafta boyunca sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez evde kan basıncı ölçümü yapmaları ve kayıt etmeleri istenmişti. Hastalar tarafından evde ölçülen kan basınçları değerlendirildiğinde; öz yönetim desteği verilmeden önce ölçülen, sabah sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $134,71 \pm 8,09/89 \pm 5,06$ mmHg, akşam sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $135,51 \pm 7,43/89,73 \pm 5,04$ mmHg olduğu bulunmuştur. Öz yönetim desteği sonrasında ise sabah sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $127,18 \pm 6,59/83,05 \pm 4,28$ mmHg, akşam sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $127,67 \pm 5,55 / 83,58 \pm 3,85$ mmHg olduğu bulunmuştur. Buna göre; öz yönetim desteği uygulanan müdahale grubunda evde hasta tarafından ölçülen kan basıncı değerleri ortalamalarında anlamlı düşüş olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 23). Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzuna göre hastaların kan basıncı değerlerinin yüksek normal kategorisinden normal kategorisine doğru değişim gösterdiği belirlenmiştir (3).

Hastaların kendi kendilerine kan basıncı ölçümünü yapmalarının tedaviye uyumu artırdığı ve kan basıncının kontrol altına alınmasını kolaylaştırdığı (3), evde kan basıncı ölçümü yapılmasının hastanın tedavi sürecine dahil olmasını sağlayarak, tedavinin başarıya ulaşmasında etkili olduğu bildirilmektedir (43). Yapılan çalışmalarda, Fava ve ark. (137) kendi kendine kan basıncını ölçmenin tedaviye uyumu arttırdığını, Melnikov ve ark. (138) ise kendi kendine kan basıncı izlemi yapan hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgisinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Rujiwatthanaokorn ve ark. (161) hipertansif hastalara uygulanan öz yönetim programının hastaların kendi kendine kan basıncı ölçümü oranında artış sağladığını bildirmiştir. Hastaların evde kendi kendine kan basıncı ölçümü yapmaları

önemlidir. Ancak bu ölçümün doğru yapılması için ölçüm becerisinin öğretilmesi, ölçüm sırasında nelere dikkat etmesi konusunda eğitim verilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermekte olup, hipertansiyon hastalarına verilen öz yönetim desteği sonrasında müdahale grubundaki hastaların kan basınçlarında anlamlı bir düşüş olduğu bulundu. Araştırmanın hipotezlerinden biri olan “Hipertansif hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların kan basıncı ölçümleri üzerine etkisi vardır” hipotezi kabul edildi.

Eğitim ve danışmanlık hemşirelerin en önemli rollerinden birisidir. Hemşireler bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme, hastalık durumunda iyileştirme ve kendi öz kaynaklarını kullanarak hastalığa bağlı sorunlarla baş etmeleri konusunda hastaya eğitim ve danışmanlık yapmalıdır. Bu rollerin etkin bir şekilde kullanılması hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını artırarak hastalık üzerinde kendi kontrollerini sağlamalarında etkili olacaktır. Hastalara verilen öz yönetim desteği ile hastanın hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi ve tedaviye uyumu artarken, hastalar kendi öz-bakımlarını yönetebilmekte ve kendi kendilerine kan basıncı takiplerini yapabilmektedirler. Tüm bunların kan basıncının kontrol altına alınmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

SONUÇLAR

Hipertansiyon tanısı koyulan hastalara verilen öz yönetim desteğinin, hastaların hipertansiyon bilgi düzeyine, tedaviye uyumuna ve öz bakım yönetimine etkisini belirlemek, ayrıca verilen öz yönetim desteği sonrasında hastaların kan basıncı değerlerindeki değişimi incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur;

- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özellikler açısından birbirine benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4).
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastalığa ilişkin özellikler açısından birbirine benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5)
- İlk görüşmede müdahale ve kontrol grubundaki hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği toplam puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve her iki grubun hipertansiyon bilgi düzeylerinin düşük olduğu bulundu ($p>0,05$) (Tablo 6).
- Müdahale grubundaki hastalara uygulanan özyönetim desteği sonrasında yapılan son görüşmede müdahale grubunun Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak yükseldiği ve bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu, öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastaların

hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğu bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6, Tablo 7).

- İlk görüşmede müdahale ve kontrol grubundaki hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre, her iki grubun tedaviye uyum düzeylerinin yetersiz olduğu, bu yetersizliğin müdahale grubunda daha fazla olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).
- Müdahale grubundaki hastalara uygulanan öz yönetim desteği sonrasında yapılan son görüşmede, müdahale grubunun Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamasının anlamlı olarak düştüğü, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu, öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunu arttırmada etkili olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 8, Tablo 9).
- İlk görüşmede müdahale ve kontrol grubundaki hastaların Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve öz bakım yönetimlerinin orta düzeyde olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 10).
- Müdahale grubundaki hastalara uygulanan özyönetim desteği sonrasında yapılan son görüşmede, müdahale grubunun Kronik Hastalıkların Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yükseldiği, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu, öz yönetim desteğinin müdahale grubundaki hastaların öz bakım yönetimini arttırmada etkili olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 10, Tablo 11).
- Son görüşmede müdahale grubundaki hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları arttıkça Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanlarının da arttığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Son görüşmede müdahale grubundaki hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanları ile Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puanları arasında negatif yönlü ilişki olduğu, hastaların hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeyleri ve öz bakım yönetimleri arttıkça tedaviye uyumlarının arttığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Müdahale grubundaki kadın hastaların son görüşmedeki hipertansiyon bilgi düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 14).

- Müdahale grubundaki evli olan hastaların son görüşmede hipertansiyon bilgi düzeyleri ve hipertansiyon tedavisine uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15).
- Hastalar ile yapılan ilk görüşmede, araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının müdahale grubundaki hastalarda $138,08\pm7,05/90,68\pm6,23$ mmHg, kontrol grubundaki hastalarda $136,75\pm7,78/90,42\pm5,96$ mmHg olduğu, her iki grubun kan basıncı değerlerinin Evre I hipertansiyon sınıflamasında yer aldığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 21).
- Son görüşmede müdahale grubundaki hastaların, araştırmacı tarafından hastanede ölçülen sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $128,52\pm5,35/83,85\pm4,36$ mmHg, kontrol grubundaki hastaların sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $134,88\pm6,86/89,54\pm4,89$ mmHg olduğu, müdahale grubundaki hastalarda sistolik kan basıncı değerinin ortalama $9,56\pm5,34$ mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin ise $6,82\pm5,18$ mmHg düştüğü, bu değişimin müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 21, Tablo 22).
- Müdahale grubundaki hastaların öz yönetim desteği uygulanmadan önce evde ölçtükleri/ölçtürdükleri sabah sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $134,71\pm8,09/89\pm5,06$ mmHg, akşam sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $135,51\pm7,43/89,73\pm5,04$ mmHg olduğu, öz yönetim desteği uygulandıktan sonra evde ölçtükleri sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $127,18\pm6,59/83,05\pm4,28$ mmHg, akşam sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamasının $127,67\pm5,55/83,58\pm3,85$ mmHg olduğu belirlendi. Müdahale grubunda; öz yönetim desteği uygulandıktan sonra evde hasta tarafından ölçülen kan basıncı değerleri ortalamalarında anlamlı düşüş olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 23).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon tanısı koyulan hastalara sağlık bakım üyeleri tarafından hastalık hakkında bilgilendirici eğitimler düzenlenmesi,
- Yatarak tedavi gören hipertansiyon tanılı hastaların, taburculuk planlarının tedaviye uyumun önemini içerecek şekilde planlanması,

- Hemşirelerin, hipertansiyon tanısı koyulan hastalara evde kan basıncı takibi becerisini öğretmesi,
- Hipertansif hastalara daha etkin bir öz yönetim desteği sunulabilmesi için hastanelerde kardiyovasküler rehabilitasyon hemşirelik birimlerinin kurulması,
- Hemşireler için hipertansiyonda öz yönetim desteğinin önemini içeren hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Öz yönetim desteğinin farklı kronik hastalıkları olan hastalarda kullanılması,
- Hazırlanan hipertansiyon yönetimi bilgi kitapçığının polikliniklere başvuran hipertansiyon tanısı koyulan hastalara rehber olması amacı ile verilmesi önerilmektedir.



ÖZET

Araştırma; hipertansiyon hastalarına verilen öz yönetim desteğinin, hipertansiyon bilgi düzeyine, tedaviye uyuma ve öz bakım yönetimine etkisini belirlemek ve hastaların kan basınçlarındaki değişimi incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapıldı.

Araştırma, Temmuz 2017 – Eylül 2018 tarihleri arasında, 137 hasta (69 müdahale, 68 kontrol) ile yürütüldü. Veriler, “Hasta Bilgi Formu”, “Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği”, “Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği” kullanılarak toplandı. İlk görüşmede her iki gruba anket formları ve müdahale grubundaki hastalara öz yönetim desteği uygulandı, kan basıncı takipleri yapıldı. Son görüşmede anket formları her iki gruba tekrar uygulandı. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra Pearson ki-kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact Test, Independent samples t- test, Wilcoxon testi Paired samples test, Mann Whitney U testi ve Spearman’s Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikler açısından benzer olduğu bulundu. Müdahale grubundaki hastalara uygulanan özyönetim desteği sonrasında, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların son görüşmede ölçek toplam puanları ve kan basıncı değeri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0,001$). Öz yönetim desteği verilen müdahale grubunda Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine

Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının ve kan basıncı değeri ortalamalarının ise anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Sonuç olarak hipertansiyon tanısı koyulan hastalara verilen öz yönetim desteğinin hastaların hipertansiyon bilgi düzeyini, hipertansiyon tedavisine uyumunu ve öz bakım yönetimini arttırdığı, ayrıca hastaların kan basıncı değeri ortalamalarını düşürmede etkili olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, bilgi düzeyi, tedaviye uyum, öz bakım, öz yönetim.





THE EFFECT OF SELF MANAGEMENT SUPPORT PROVIDED WITH HYPERTENSION DIAGNOSIS ON PATIENTS' KNOWLEDGE LEVEL, TREATMENT COMPLIANCE AND SELF CARE MANAGEMENT

SUMMARY

The research was conducted in a randomized controlled manner to determine the effect of self-management support given to hypertension patients on the knowledge level of hypertension, compliance with the treatment and self-care management, and to investigate the changes in patients' blood pressure.

The research was conducted between July 2017 - September 2018 with 137 patients (69 intervention and 68 control patients). The data were collected using the "Patient Information Form", "Hypertension Knowledge-Level Scale", "Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale" and "Self Care Management Process in Chronic Illness". In the first interview, questionnaire forms were applied to both groups. Blood pressure monitoring was performed and self-management support was applied to the patients in the intervention group. In the final interview, questionnaire forms were re-applied to both groups. In addition to descriptive statistical methods, the data were evaluated using Pearson's chi-squared test, Fisher-Freeman-Halton Exact Test, Independent-samples t-test, Wilcoxon test, Paired samples

test, Mann Whitney U test, and Spearman's Correlation Analysis. Statistical significance limit value was considered as $p < 0,05$.

The patients in the intervention and control groups were found to be similar in terms of descriptive and disease-related characteristics. After self-management support was applied to the patients in the intervention group, at the final interview, a statistically significant difference was found between the total scale scores and mean blood pressure values of the patients in the intervention and control groups ($p < 0,001$). In the intervention group where self-management support was provided, the total mean score of Hypertension Knowledge-Level Scale and Self Care Management Process in Chronic Illness were found to be significantly high and mean total score of Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale and mean blood pressure value were found to be significantly low ($p < 0,001$).

As a result, it was determined that self-management support provided to patients diagnosed with hypertension increased their knowledge of hypertension, compliance to hypertension treatment and self-care management, it was also found to be effective in lowering the mean blood pressure values of the patients.

Keywords: Hypertension, knowledge level, treatment compliance, self-care, self-management.

KAYNAKLAR

1. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altın B, Derici Ü, Abacı A, ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyol Dern Arş 2019;47(6):535-46.
2. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turk J Cardiovasc Nurs 2016;7(supp 1):2-11.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018;39(33):3021-104.
4. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2009;8(2):167-72.
5. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyol Dern Arş 2015;43:402-9.
6. Osamor PE, Owumi BE. Factors associated with treatment compliance in hypertension in Southwest Nigeria. J Health Popul Nutr 2011;29(6):619-28.
7. Atan G, Karabulutlu EY. Esansiyel hipertansiyonu olan hastaların yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun incelenmesi. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(1):17-25.
8. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action 2003. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019.
9. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: kronik bakım modeli. F.N. Hem Derg 2015;23(1):66-75.

10. Taş F, Büyükbeşe MA. Hipertansiyon farkındalık ve hemşirenin rolü. TAF Prev Med Bull 2013;12(6):729-34.
11. Long E, Ponder M, Bernard S. Knowledge, attitudes, and beliefs related to hypertension and hyperlipidemia self-management among African-American men living in the southeastern United States. Patient Educ Couns 2017;100(5):1000-6.
12. Jones LM, Rosemberg MaS, Wright KD. Opportunities for the advanced practice nurse to enhance hypertension knowledge and self-management among african american women. Clin Nurse Spec 2017;31(6):311-18.
13. Wright KD, Still CH, Jones LM, Moss KO. Designing a cocreated intervention with african american older adults for hypertension self-management. Int J Hypertens 2018:1-7.
14. Shahai O, Denny D, Schwappach A, Pearce G, Epiphaniou E, Parke HL, Taylor SJC, Pinnock H. Supporting self-management for people with hypertension: a meta-review of quantitative and qualitative systematic reviews. J Hypertens 2019;37(2):264-79.
15. Aşilar RH. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. Turk J Cardiovasc Nurs 2015; 6(11):151-9.
16. ICN. Delivering quality serving communities: nurses leading chronic care 2010. <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf> Erişim Tarihi: 13 Mart 2017.
17. Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği (T.C Resmi Gazete, 8 Mart 2010, sayı: 27515).
18. Himmelfarb CRD, Mehsah YC. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. Annals of Global Health 2016; 82(2):243-53.
19. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. 2018. http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim Tarihi: 3 Şubat 2019.
20. Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda hipertansiyon. Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2017;1(1):17-23.
21. Uyarel H. Güncel kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi: tedavide yaşam tarzı değişiklikleri. Hipertansiyon Haber Bülteni 2014;1(1):6-7.
22. Durmaz C, Arslan P. Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. Bes Diy Derg 2017;45(3):278-86.
23. Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, ve ark. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Erciyes Med J 2011;33(3):219-28.

24. World Health Organization. A global brief on hypertension World Health Day 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf
Erişim tarihi: 07.05.2018.
25. Onat A. Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon. Onat A (Editör). TEKHARF 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017.s.104-19
26. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens 2005;23(10):1817-23.
27. Şengül Ş, Akpolat T, Erdem Y, Derici Ü, Arıcı M, Sindel Ş, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. J Hypertens 2016;34(6):1208-17.
28. Enç N, Uysal H. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Enç N (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri;2014.s.85-94.
29. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, Maclaughlin EJ, et al. 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: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. Hypertension 2018;71(6):1269-324.
30. Sevinç S. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ovayolu N, Ovayolu Ö (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Adana:Nobel Tıp Kitabevi;2016.s.236-43.
31. Efe D, Akça NK, Kiper S, Aydın G, Gümüş K. Hipertansiyonu olan bireylerin kan basıncını düşürmeye yönelik kullandıkları destekleyici yöntemler. Spatula DD 2012; 2(4):207-12.
32. Özpancar N, Pakyüz SÇ. Hipertansiyonu olan hastalarda vaka yönetiminin beden kitle indeksi ve kan basıncına etkisi. Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon 2013; 5(2):46-60.
33. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. Nutrient 2017;9(9):1-10.
34. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2013;(4):CD004937.
35. Cushman WC, Cutler JA, Hanna E, Bingham SF, Follmann D, Harford T, et al. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure. Arch Intern Med 1998;158:1197-207.

36. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010;92:1189-96.
37. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013;368(14):1279-90.
38. Greyling A, Ras RT, Zock PL, Lorenz M, Hopman MT, Thijssen DH, et al. The effect of black tea on blood pressure: a systematic review with metaanalysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e103247.
39. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2006;47(2):296-308.
40. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42(5):878-84.
41. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013;309(1):71-82.
42. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2013;2(1):1-9.
43. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Roden J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2014; 42(4):1-72.
44. Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103 Erişim tarihi: 05.05.2019.
45. Akpolat T, Arıcı M, Şengül Ş, Derici Ü, Ulusoy Ş, Ertürk Ş, et al. Home sphygmomanometers can help in the control of blood pressure: a nationwide field survey. *Hypertension Research* 2018;41:460-8.
46. Birdane A. Kan basıncı ölçümleri ve hipertansiyon tanısı. *Hipertansiyon Haber Bülteni* 2014;1(1):4-5.
47. Polanska BJ, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:2437-447.
48. Zhang W, Meng H, Yang S, Luo H, Liu D. Changes in Hypertension-related knowledge and behavior and their associations with socioeconomic status among recently

urbanized residents in China: 2013–2016. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(8):1701-14.

49. Mata ARL, Landeta ASU, Perez ALA, Dugarte MJL, Acevedo LAMA, Guillena MHJL. Factors associated with the level of knowledge about hypertension in primary care patients. *Medicina Universitaria* 2017;19(77):184-8.
50. 50- Oskay EM, Önsüz MF, Topuzoğlu A. İzmir’de bir sağlık ocağına başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;11(1):3-9.
51. Süer E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkları ile İlgili Bilgi, tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. (Tez) Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği;2018.
52. Motlagh SFZ, Chaman R, Ghafari SR, Parisay Z, Golabi MR, Eslami AA, Babouei A. Knowledge, treatment, control, and risk factors for hypertension among adults in southern Iran. *Int J Hypertens* 2015;1-8.
53. Busari OA, Olanrewaju TO, Desalu OO, Opadijo OG, Jimoh AK, Agboola SM, Busari OE, Olalekan O. Impact of patients’ knowledge, attitude and practices on hypertension on compliance with antihypertensive drugs in a resource-poor setting. *TAF Prev Med Bull* 2010;9(2):87-92.
54. Eshah NF, Al-daken LI. Assessing publics’ knowledge about hypertension in a community-dwelling sample. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(2):158-65.
55. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *Int J Cardiovasc Acad* 2016;2(1):27-32.
56. Rahmawati R, Bajorek B. Factors affecting self-reported medication adherence and hypertension knowledge: a cross-sectional study in rural villages, yogyakarta province, Indonesia. *Chronic Illn* 2018;14(3):212-7.
57. Baffour PA, Tetteh G, Quansah DY, Boateng D. Prevalence and knowledge of hypertension among people living in rural communities in Ghana: a mixed method study. *Afr Health Sci* 2018;18(4):931-41.
58. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Physician* 2018;10(3):6470-7.
59. Al-daken LI, Eshah NF. Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Clin Exp Hypertens* 2017;39(3):264-70.
60. Hunt-Hunt JS, Siemienczuk J, Touchette D, Payne N. Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary Care Patients with Mild Hypertension. *J Gen Intern Med* 2004;19(9):925-30.

61. Xua LJ, Meng Q, He SW, Yin XL, Tang ZL, Bo HY, Lan XY. The effects of health education on patients with hypertension in China: A meta-analysis. *Health Educ J* 2014;73(2):137-49.
62. Kılıç M, Uzunçakmak T. Hipertansiyon hakkında eğitimin hipertansiyon kontrolüne etkisi. *Bozok Tıp Derg* 2016;1(1):13-9.
63. Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MVV, Macindo JRB. Effectiveness of a community- based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE- PROCEED model approach. *J Clin Nurs* 2019;28(9-10):1-10.
64. Jones LM, Rosemberg MAS, Wright KD. Opportunities for the advanced practice nurse to enhance hypertension knowledge and self-management among african american women. *Clin Nurse Spec* 2017;31(6):311-8.
65. Ding W, Li, T, Su, Q, Yuan M, Lin A. Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: a cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:2169-78.
66. Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;39-47.
67. Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. Hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncını düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisi. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(3):231-8.
68. Çakmak HA, Arslan E, Erdine S. Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. *Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37(7):1-4.
69. Connel-Connel P, McKevitt C, Wolfe C. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract* 2005;55(514):357-61.
70. Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun Ş, Baysan O, Köz C, Kara B, Kırılmaz A, Naharcı İ, Pınar M, Yılmaz MB, Uzun M. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 2009;9(3):183-8.
71. Silvia AP, Avelino FVSD, Sousa CLA, Valle ARMC, Figueiredo MLF. Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: an integrative review. *Journal of Research Fundamental Care Online* 2016;8(1):4047-55.
72. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, Sierra A, Volpe M. Current situation of medication adherence in hypertension. *Front Pharmacol* 2017;8:1-8.

73. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation* 2016;134(6):441-50.
74. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014; 7(2):98-108.
75. Tümer A, Baybuğa MS, Dereli F, Uysal DD. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *J Cardiovasc Nur* 2016;7(13):105-13.
76. Georgiopoulos G, Kollia Z, Katsi V, Oikonomou D, Tsioufis C, Tousoulis D. Nurse's contribution to alleviate non-adherence to hypertension treatment. *Curr Hypertens Rep* 2018;20(8):65.
77. Anadol Z, Dişçigil G. Hipertansif hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2009;21(2):184-90.
78. Moran A. Still on the road to worldwide hypertension control. *Circulation* 2016;134(6):451-4.
79. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;4(5):30-40.
80. Contreras EM, Garcia OV, Claros NM, Guillen VG, Wichmann MDLFV, Martinez JJC et al. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. *ETECUM-HTA study. Blood Press* 2005;14(3):151-8.
81. 81- Contreras EM, Claros NM, Guillen VG, Wichmann MFV, Martinez JJC, Pablos JLM et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens* 2006;24(1):169-175.
82. Düsing R, Handrock R, Klebs S, Tousset E, Vrijens B. Impact of supportive measures on drug adherence in patients with essential hypertension treated with valsartan: the randomized, open-label, parallel group study VALIDATE. *J Hypertens* 2009;27(4):894-901.
83. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs* 2011;20:692-705.
84. Ashoorkhani M, Majdzadeh R, Gholami J, Eftekhar H, Bozorgi A. Understanding non-adherence to treatment in hypertension: a qualitative study. *IJCBNM* 2018;6(4):314-323.

85. Ogedegbe G. Barriers to optimal hypertension control. *J Clin Hypertens* 2008;10(8):644-6.
86. Karmoker KK, Dutta B, Khalil I, Rashid B, Alam A, Islam J, Biswas P, Mamunuzzaman, Kawsar ABMR, Javed MAA. Treatment compliance of hypertensive patients. *Cardiovascular Journal* 2016;8(2):110-4.
87. Ünalın PC, Çifçili S, Uzuner A, Akman M. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hek Derg* 2005;9(4):153-8.
88. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* 2003;56(6):520-9.
89. Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H, Miller DR. Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. *J Clin Pharm Ther* 2002;27(1):47-56.
90. Oliveira CJS, José H, Caldas AC. Interventions to improve medication adherence in aged people with chronic disease—systematic review. *Universal Journal of Public Health* 2017;5(1): 25-31.
91. 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.
92. Düsing R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension. *Curr Med Res Opin* 2006;8(22):1545-52.
93. Abbas H, Kurdi M, Watfa M, Karam R. Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:1949-56.
94. Koşar C, Besen DB. Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: kavram analizi. *DEUHFED* 2015;8 (1):45-51.
95. Arabacı Z, Doğru A, Yıldırım JG. Transteoretik modele dayandırılarak motivasyonel görüşme tekniğinin kronik hastalıklarda kullanım örneklerinin incelenmesi. *Kastamonu Sağlık Akademisi* 2018; 3(2):56-61.
96. Kock T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the ‘self’. *J Adv Nurs* 2004;48(5):484-492.
97. Adadioğlu Ö, Oğuz S. Epilepsi ve öz yönetim. *Epilepsi* 2016;22(1):1-4.
98. Brady TJ, Anderson LA, Kobau R. Chronic disease self-management support: public health perspectives. *Front Public Health* 2015;4:1-6.

99. Kock T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the ‘self’. *J Adv Nurs* 2004;48(5):484-92.
100. İnkaya BV, Karataş E. Diyabetli bireyler ve onlara bakım veren hemşirelerin hastalık özyönetim stratejilerine bakışı: kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2017;14(1):31-7.
101. Jerant AF, Fitzwater MMF, Moore M. Patients’ perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 2005;57:300-7.
102. Coster S, Norman I. Cochrane reviews of educational and selfmanagement interventions to guide nursing practice: a review. *Int J Nurs Stud* 2009;46(4):508-28.
103. Connel SO, Carthy VJCM, Savage E. Frameworks for self-management support for chronic disease: a cross-country comparative document analysis. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):583.
104. Wellington: Ministry of Health. Self-management Support for People with Long-term 2016. <https://www.health.govt.nz/publication/self-management-support-people-long-term-conditions> Erişim Tarihi: 7 Nisan 2018.
105. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2013;13(9):1-60.
106. Koçdar S. Çevrimiçi ortamlarda öğrenenlerin öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesinde kullanılan stratejiler ve araçlar. *AUAd* 2015; 1(1):39-55.
107. King-King DK, Glasgow RE, Toobert DJ, Strycker LA. Self-efficacy, problem solving and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care* 2010;33(4):751-3.
108. Alessa T, Abdi S, Hawley MS, Witte L. Mobile apps to support the self-management of hypertension: systematic review of effectiveness, usability, and user satisfaction. *JMIR Mhealth Uhealth* 2018;6(7):1-13.
109. Bustamante AV, Compte MV, Lagunas AO. Social support and chronic disease management among older adults of Mexican heritage: A U.S.-Mexico perspective. *Sos Sci Med* 2018;216:107-13.
110. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, Marin MJS, Wall ML. Experience of hypertensive patients with self-management of health care. *J Adv Nurs* 2016;72(11):2684-94.
111. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull* 2016;15(3):259-66.
112. Yatim HM, Wong YY, Lim SH, Hassali MA, Hong YH, Dali AF, Neoh CF. Evaluation of a group-based hypertension self-management education programme among hypertensive community dwellers. *EuJIM* 2018;24:79-84.

113. Huang B, Li Z, Wang Y, Xia J, Shi T, Jiang J, Nolan MT, Li X, Nigwekar SU, Chen L. Effectiveness of self-management support in maintenance haemodialysis patients with hypertension: a pilot cluster randomized controlled trial. *Nephrology* 2018;23:755-63.
114. Menekli T, Dorothea E. Orem:Öz-bakım yetersizliği kuramı. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (Editörler). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. İstanbul:Akademi Basın;2017. s.352-68.
115. Velioglu P. *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset, 1999:323-50.
116. Hançerlioğlu S, Aykar FŞ. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *GÜSBD* 2018;7(1):175-83.
117. Yıldız E. Öz-Bakım Gücü Modeline Göre Verilen Bakımın Hipertansiyonlu Hastaların Kan Basıncı Düzeyine Ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. (Tez) Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı;2012.
118. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B, An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs* 2009;24(6):485-97.
119. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GYH, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med* 2008;8(4):1-9.
120. Ryan P, Sawin KJ, The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009;57(4):217-25.
121. Sadeghi M, Shiri M, Roohafza H, Rakhshani F, Sepanlou S, Sarrafzadegan N. Developing an appropriate model for self-care of hypertensive patients: first experience from EMRO. *ARYA Atheroscler* 2013;9(4):232-40.
122. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse* 2017;53(6):607-21.
123. Fertelli TK, Tel H. Miyokard infarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007;11(2):57-61.
124. Lee JE, Han HR, Song H, Kim J, Kim KB, Ryu JP et al. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010;47(4):411-7.
125. Han HR, Song HJ, Nguyen T, Kim M. Measuring self-care in patients with hypertension: a systematic review of literature. *J Cardiovasc Nurs* 2014;29(1):55-67.
126. Motlagh SFZ, Chaman R, Sagedhi E, Eslami AA. Self-care behaviors and related factors in hypertensive patients. *Iran Red Crescent Med J* 2016;18(6):1-10.

127. Özpancar N. Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi. (Tez) İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı;2013.
128. Gün Y. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedaviye Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Tez) Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı;2012.
129. Erkoç SB, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension Knowledge Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9(3):1018-29.
130. Karademir M, Köseoğlu İH, Vatansever K, Akker MVD. Validity and reliability of the Turkish version of the Hill–Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *Eur J Gen Pract* 2009;15(4):207-11.
131. Doğan N, Toprak D, Demir S. Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012;12: 47-52.
132. İncirkuş K. Esansiyel Hipertansiyonlu Bireylere Uygulanan Motivasyonel Görüşme Temelli Öz-Yönetim Desteği Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi. (Tez) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı;2016.
133. Gürdoğan M, Gürdoğan EP. Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler. *MN Kardiyoloji* 2019;26(3):147-153.
134. Ozoemena EL, Iweama CN, Agbaje OS, Umore PCI, Ene OC, Ofili PC, Agu BN, Orisa CU, Agu M, Anthony E. Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: a quasi-experimental study. *Arch Public Health* 2019;77:1-16.
135. Darrat M, Houlihan A, Gibson I, Rabbitt M, Flaherty G, Sharif F. Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. *Ir J Med Sci* 2018;187(3):675-82.
136. İçyeroğlu G. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Kalitesi. (Tez) Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2012.
137. Fava SMCL, Rodrigues PA, Castro O, Lima RS, Dázio EMR. The influence of self-measured pressure on the adherence to systemic blood hypertension treatment. *J Nurs UFPE online* 2015;9(12):1230-37.
138. Melnikov S. Differences in knowledge of hypertension by age, gender, and blood pressure self-measurement among the Israeli adult population. *Heart Lung* 2019;48(4):339-46.

139. Bancej CM, Campbell N, McKay DW, Nichol M, Walker RL, Kaczorowski J. Home blood pressure monitoring among Canadian adults with hypertension: results from the 2009 survey on living with chronic diseases in Canada. *Can J Cardiol*. 2010;26(5):152-7.
140. Cai L, Dong J, Cui WL, You DY, Golden AR. Socioeconomic differences in prevalence, awareness, control and self-management of hypertension among four minority ethnic groups, Na Xi, Li Shu, Dai and Jing Po, in rural southwest China. *J Hum Hypertens* 2017;31(6):388-94.
141. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *J Natl Med Assoc* 2011;103(6):503-12.
142. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health* 2012;37(1):15-24.
143. Kulak K. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Eğitim Programının, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (Tez) Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı;2014.
144. Labata BG, Ahmed MB, Mekonen GF, Daba FB. Prevalence and predictors of self care practices among hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia: cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2019;12(1):1-8.
145. Adebajo MA, Oluwasanu MM, Arulogun OS. Hypertension knowledge and willingness of government officials in a southwestern nigerian city to self-monitor blood pressure. *Int Q Community Health Educ* 2019;40(1):39-46.
146. Giena VP, Thongpat S, Nitirat P. Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *IJNSS* 2018;5-201-5.
147. Amer M, Rahman N, Nazir S, Raza A, Riaz H, Sadeeqa S, et al. Hypertension-related knowledge, medication adherence and health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Islamabad, Pakistan. *Trop J Pharm Res* 2019;18(5):1123-32.
148. Kolcu M. Hipertansiyonu Olan Yaşlılara Yönelik Eğitimin Yaşam Kalitesi, İlaça Uyum Ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. (Tez) İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2016.
149. Bilir E. Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını Ve Bilgi Düzeyini Etkiler Mi?. (Tez) Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2019.
150. Park E, Kim J. The Impact of a nurse-led home visitation program on hypertension self-management among older community-dwelling Koreans. *Public Health Nurs* 2016;33(1):42-52.

151. Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu N. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2011;15(1):7-12.
152. Akın Z. Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Tez) Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2017.
153. Alhalaïqa F, Deane KH, Nawafleh AH, Clark A, Gray R. Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled trial. *J Hum Hypertens* 2012;26(2):117-26.
154. Bosworth HB, Dubard CA, Ruppenkamp J, Trygstad T, Hewson DL, Jackson GL. Evaluation of a self-management implementation intervention to improve hypertension control among patients in Medicaid. *Transl Behav Med* 2011;1(1):191-9.
155. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2012;14(3):66-74.
156. Bosworth HB, Powers BJ, Oddone EZ. Patient self-management support: novel strategies in hypertension and heart disease. *Cardiol Clin* 2010;28(4):655-63.
157. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(1):41-9.
158. Bahar A. Hipertansiyonu olan hastalarının öz bakım gücünün belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon* 2011; 8(1):18-23.
159. Zhu X, Wong FKY, Wu CLH. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2018;77:171-8.
160. Achury-Saldaña D, Rodríguez SM, Achury-Beltrán LF, Padilla-Velasco MP, Leuro-Umaña JM, Martínez MA, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan* 2013;13(3):363-72.
161. Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P, Tanomsup S. Effectiveness of a self-management program for thais with essential hypertension. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2011;15(2):97-110.
162. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FNJN* 2018;26(2):79-92.
163. Farahmand F, Khorasani P, Shahriari M. Effectiveness of a self-care education program on hypertension management in older adults discharged from cardiac-internal wards. *ARYA Atheroscler* 2019;15(2):44-52.



ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1: Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'na göre yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaç tedavisine başlama kriterleri.....	9
Şekil 2: Araştırmanın örneklem diyagramı.....	32
Şekil 3: Araştırma planı.....	37
Şekil 4: Gruplara göre Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim.....	49
Şekil 5: Gruplara göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim.....	54
Şekil 6: Gruplara göre Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim.....	58
Şekil 7: Hemşire tarafından ölçülen sistolik kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim....	77
Şekil 8: Hemşire tarafından ölçülen diyastolik kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim.	77
Şekil 9: Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde sabah ölçülen kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim.....	79
Şekil 10: Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde akşam ölçülen kan basıncı değeri ortalamalarındaki değişim.....	79

TABLOLAR

Tablo 1: Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzuna göre kan basıncı değerlerinin sınıflaması	5
Tablo 2: Amerika Hipertansiyon Kılavuzuna göre kan basıncı değerlerinin sınıflaması.....	6

Tablo 3: Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık değerleri.....	34
Tablo 4: Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılım.....	41
Tablo 5: Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı.....	43
Tablo 6: Hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması.....	47
Tablo 7: Hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farklarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 8: Hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması.....	52
Tablo 9: Hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farklarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 10: Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması.....	56
Tablo 11: Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki değişim farklarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 12: Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki.....	59
Tablo 13: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların yaşları ile ölçek puanları ilişkisi.....	60
Tablo 14: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların cinsiyetleri ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	61
Tablo 15: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların medeni durumları ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	63
Tablo 16: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların eğitim durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	65
Tablo 17: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların çalışma durumları ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	67
Tablo 18: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların antihipertansif tedavi türü ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	69
Tablo 19: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların ailelerinde hipertansiyon öyküsü varlığı ile ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	71
Tablo 20: Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların evde kan basıncı ölçme/ölçtürme durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıklar.....	73

Tablo 21: Araştırmacı tarafından hastanede ölçölen sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ortalamalarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 22: Araştırmacı tarafından hastanede ölçölen kan basıncı değeri ortalamaları arasındaki değişim farkının karşılaştırılması.....	76
Tablo 23. Müdahale grubundaki hastalar tarafından evde ölçölen sabah ve akşam kan basıncı değerleri ortalamalarının karşılaştırılması.....	78



ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Uzunköprü’de doğdum. 2010 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde lisans eğitimimi, 2014 yılında ise Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimimi tamamladım. 2011-2017 yıllarında Edirne Sultan I.Murat Devlet Hastanesi’nde hemşire olarak çalıştım. 2017 yılında Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladım ve halen bu görevde çalışmaktayım.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği

Ek 3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Ek 4. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği

Ek 5. Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı

Ek 6. Etik Kurul İzni

Ek 7. Kurum İzni

Ek 8. Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği Kullanım İzni

Ek 9. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Ek 10. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği Kullanım İzni

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma hipertansiyon tanısı olan hastalara verilecek olan öz yönetim desteğinin hastaların bilgi düzeyine, tedaviye uyumuna ve öz bakım yönetimine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada kimlik bilgileriniz istenmemektedir ve herhangi bir maddi yükümlülüğünüz bulunmamaktadır. Katılım gönüllülük esasına bağlı olup, doğru ve samimi yanıtlarınız araştırmamızı geçerli ve güvenilir kılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr.Öğr.Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN (Danışman)

Duygu KURT (Doktora Öğrencisi)

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

HASTA BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Kilonuz:
3. Boyunuz:
4. Şuanki tansiyon değeri:
5. Cinsiyetiniz: 1)Kadın 2)Erkek
6. Medeni durumunuz: 1)Evli 2)Bekar
7. Eğitim durumunuz: 1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise ve üstü
8. Çalışma durumunuz: 1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor 3)Emekli
9. Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz? 1)Köy 2)İlçe 3)İl
10. Hipertansiyon tanınız ne kadar süre önce konuldu?
11. Kaç tane antihipertansif ilaç kullanıyorsunuz?
12. Antihipertansif ilaçlarınız ne zamandır kullanıyorsunuz?
13. Hipertansiyon ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
14. Ailenizde hipertansiyonu olan var mı? 1)Evet 2)Hayır
15. Kan basıncınızdaki değişimi fark edebiliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
16. Evde kan basıncınızı ölçüyor/ölçtürüyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
17. Evde kan basıncınızı kim ölçüyor?
1)Kendisi 2)Yakını/Komşusu 3)Ölçtürmüyor
18. Hipertansiyona özel diyet uyguluyor musunuz?
1)Tuzsuz diyet 2)Tuzsuz-yağsız diyet 3)Diyet uygulamıyorum
19. Gün içinde sıklıkla çay/kahve tüketiyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
20. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
21. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

Ek 2. Hipertansiyon Bilgi-Düzyey Ölçeği

Aşağıda yer alan her bir madde için görüşünüzü ifade eden seçeneği belirtiniz.	Doğru	Yanlış	Bilmiyoru
1. Küçük ya da büyük tansiyon yüksekliği yüksek tansiyondur.			
2. Küçük tansiyon yüksekliği de tansiyon yüksekliğini gösterir.			
3. Yüksek tansiyon yaşlanmanın normal bir parçasıdır, bu yüzden herhangi bir tedavi gerektirmez.			
4. İlaçlar yüksek tansiyon hastalarının tansiyonunu kontrol altında tutuyorsa yaşam biçimlerini değiştirmelerine gerek yoktur.			
5. Yüksek tansiyonu olanlar yaşam biçimlerini değiştirirlerse, ilaç almalarına gerek kalmaz.			
6. Yüksek tansiyon ilaçları kişinin kendisini iyi hissettiği şekilde alınmalıdır.			
7. Yüksek tansiyon ilacı her gün alınmalıdır.			
8. Yüksek tansiyonu olanlar sadece kendilerini hasta hissettiği zaman yüksek tansiyon ilaçlarını almalıdır.			
9. Yüksek tansiyonu olanlar ilaçlarını ömür boyu kullanmalıdır.			
10. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi yemek pişirme yöntemi kızartmadır.			
11. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi yemek pişirme yöntemi haşlama ve ızgaradır.			
12. Yüksek tansiyonu olanlar ilaçlarını düzenli kullandığı sürece istedikleri kadar tuzlu yiyebilirler.			
13. Yüksek tansiyonu olanlar, bol bol sebze ve meyve yemelidir.			
14. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi et çeşidi kırmızı ettir.			
15. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi et çeşidi beyaz ettir.			
16. Yüksek tansiyonu olanlar sigara içmemelidirler.			
17. Yüksek tansiyonu olanlar alkol alabilirler.			
18. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, inme nedeni olabilir.			
19. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, kalp krizi gibi kalp problemlerine yol açabilir.			
20. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, erken yaşta ölümlerin nedeni olabilir.			
21. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, böbrek yetmezliği nedeni olabilir.			
22. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, görme bozukluğu nedeni olabilir.			

Ek 3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Aşağıda yer alan her bir soru için yandaki cevaplardan size uygun olanı işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?				
2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?				
3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?				
4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz döküyorsunuz?				
5. Ne sıklıkla hazır(abur cubur) yemek yersiniz?				
6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?				
7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?				
8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?				
9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?				
10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız?				
11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?				
12. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?				
13. Ne sıklıkla başkalarını tansiyon ilaçlarından alırsınız?				
14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?				

Ek 4. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği

Aşağıda yer alan her bir madde için görüşünüzü ifade eden seçeneği belirtiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1-Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum.					
2-Hastalığımı kontrol edebilirim.					
3-Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor.					
4-Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir.					
5-Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum.					
6-Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım.					
7-Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum.					
8-Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım.					
9-Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi.					
10-Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor.					
11-Tedavi planına uymazsam hastalığının kötüleşeceğinden endişeleniyorum.					
12-Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum.					
13-Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum.					
14-Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım.					

15-Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum.					
16-Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim.					
17-Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor.					
18-Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor.					
19-Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum.					
20-Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım.					
21-Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın.					
22-Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim.					
23-Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim.					
24-Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum.					
25-Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim.					
26-Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum.					
27-Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim.					
28-Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var.					
29-Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum.					
30-Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir.					
31-Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum.					
32-Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim.					
33-Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor.					
34-Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir.					
35-Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum.					

Ek 5. Hipertansiyon Yönetimi Bilgi Kitapçığı

HİPERTANSİYON YÖNETİMİ BİLGİ KİTAPÇIĞI



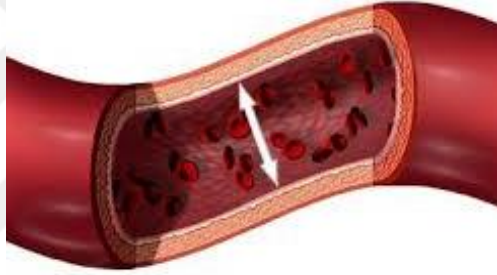
Hazırlayan: Duygu KURT

İÇİNDEKİLER

1.Tansiyon Nedir?	1
2.Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon) Nedir?	2
3.Yüksek Tansiyonun Oluşmasında Risk Faktörleri	3
4.Yüksek Tansiyonun Belirtileri	4
5. Yüksek Tansiyonun Vücuda Verdiği Zararlar.....	5
6. Yüksek Tansiyon Tedavisine Uyum	6
6.1. İlaç Tedavisi	7
6.2. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	8
6.2.1. Beslenme Değişiklikleri	9
6.2.2. Tuz Kısıtlaması	10
6.2.3. Alkol Tüketiminin Kısıtlanması	11
6.2.4. Sigarayı Bırakma	11
6.2.5. Kilo Verme	12
6.2.6. Düzenli Fiziksel Aktivite	13
6.2.7. Stres Yönetimi	13
6.3. Evde Tansiyon Ölçümü	14
6.3.1. Evde Tansiyon Nasıl Ölçülür?	15
6.4. Doktor Kontrolü	19
7. Yüksek Tansiyon Hastalarının Sıklıkla Yaptığı Hatalar	19
8.KAYNAKLAR	22

1.TANSİYON NEDİR?

- ✚ **Tansiyon;** kanın damar duvarına yaptığı basınçtır.
- ✚ Kan, organlarımız açısından gerekli olan oksijen ve besinleri taşır. Bu nedenle, kan dolaşımının devam etmesi için belli bir tansiyonun korunması gerekir.
- ✚ Tansiyon, sürekli, sabit kalan bir değer değildir. Hareket ederken ya da heyecanlanınca artabilir, uyurken ve istirahat ederken daha düşük olabilir. Bu değişimler normaldir.



Kan, damarlar aracılığı ile vücuttaki tüm hücrelere ulaştırılır. Bu sırada kalp bir pompa görevi görür. Akciğerlerden gelen temiz kan atardamarlar aracılığı ile tüm vücuda pompalar ve vücuttan gelen kirli kanı da toplardamarlar aracılığı ile akciğere ulaştırır. Her bir kalp atımında kalp, kanı önce pompalar, sonra kanın yeniden kalbe dolması için istirahat haline geçer. Kan pompalandığında oluşan atardamar duvarındaki en yüksek basınç sistolik kan basıncını (büyük tansiyon), istirahat halinde oluşan en düşük basınç ise diyastolik kan basıncını (küçük tansiyon) denir.

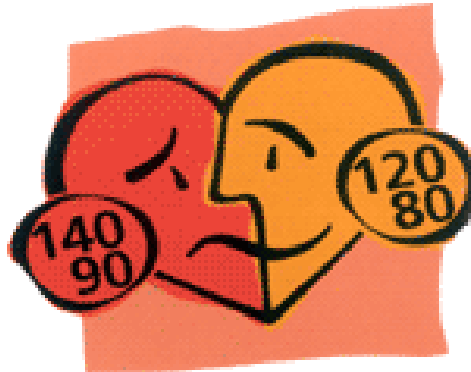


Tansiyonun normal değeri
büyük tansiyonun 120 mmHg,
küçük tansiyonun ise 80 mmHg
olmasıdır.

2.YÜKSEK TANSİYON (HİPERTANSİYON) NEDİR?

Farklı iki günde en az iki kez yapılan ölçümlerde 18 yaşını geçmiş erişkin bir bireyde büyük tansiyonun 140 mmHg ve üzerinde ya da küçük tansiyonun 90 mmHg ve üzerinde olmasına **yüksek tansiyon** denir.

Yüksek tansiyon, ömür boyu takip ve tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır.



Yaşı 80'den fazla olan bireylerde büyük tansiyon **150 mmHg'ye**
kadar normal kabul edilebilir.

3. YÜKSEK TANSİYONUN OLUŞMASINDA RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş: Yüksek tansiyon görülme sıklığı yaş ile birlikte artar.

Cinsiyet: 50 yaşın altında erkeklerde daha sık görülürken 55 yaşından sonra kadınlarda yüksek tansiyon görülme sıklığı artar.

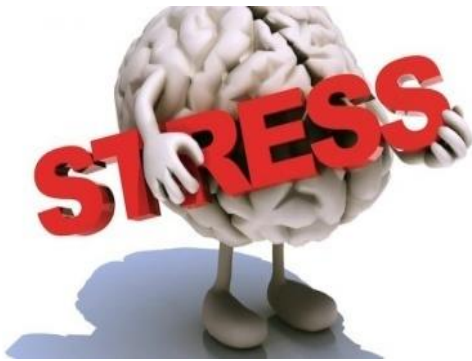
Kalıtım: Yüksek tansiyonu olan kişilerin %60'ının ailesinde de tansiyon yüksekliği vardır.

Şişmanlık

Şişman kişilerin %40'ında yüksek tansiyon vardır.



Sedanter yaşam tarzı: Düzenli fiziksel aktivitesi olanlara göre hareketsiz bir yaşam sürenlerde yüksek tansiyon görülmesi %20-50 daha fazladır.



Stres

Stresle başa çıkmada yetersizlik ve uzun süre strese maruz kalma yüksek tansiyonun oluşmasını kolaylaştırabilir.

Diğer risk faktörleri



- Fiziksel aktivitelerin azlığı
- Kolesterolün yüksek olması
- Şeker hastalığı
- Aşırı tuz kullanımı
- Sigara kullanma
- Alkol tüketimi



Yüksek tansiyonu olan kişilerin % 90-95'inde yüksek tansiyona neden olabilecek altta yatan başka bir hastalık yoktur, % 5-10'nunda ise yüksek tansiyon bir nedene ya da hastalığa ikincil olarak ortaya çıkmıştır.

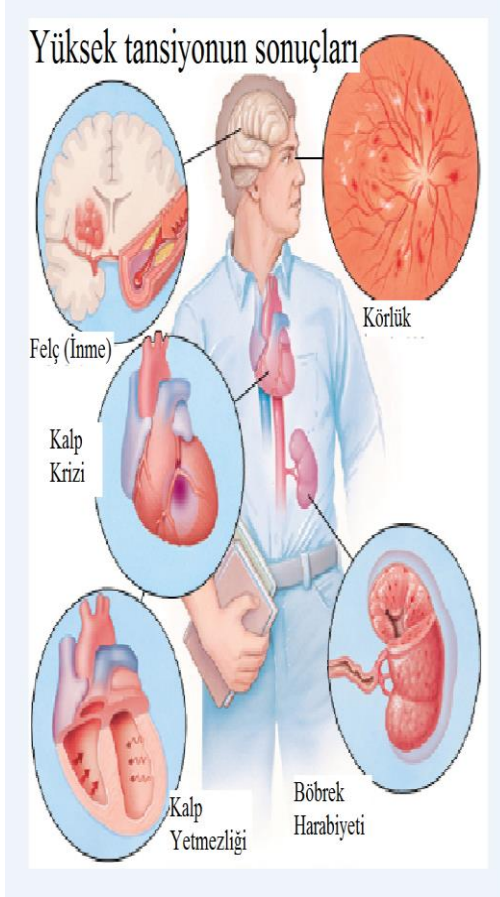
4. YÜKSEK TANSİYONUN BELİRTİLERİ

- ✚ Enseden alın bölgesine doğru yayılan baş ağrısı
- ✚ Baş dönmesi
- ✚ Kulak uğultusu
- ✚ Kulak çınlaması
- ✚ Burun kanaması
- ✚ Sık idrara çıkma
- ✚ Çarpıntı



5. YÜKSEK TANSİYONUN VÜCUDA VERDİĞİ ZARARLAR

Yüksek tansiyon tüm vücudu etkileyebilir.



- ✚ Kalp yetmezliği, kalp büyümesi, kalbi besleyen damarlarda daralma ve tıkanma, kalp krizi
- ✚ Beyin kanaması, felç, beyin damarlarında daralma ve tıkanmaya bağlı inme
- ✚ Böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarında bozulma
- ✚ Görme azalması ve körlük
- ✚ Büyük atardamarlarda genişleme, bu genişlemelerin yırtılması ve damarlarda tıkanma

**Yüksek tansiyon hastalarında,
tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişiklikleri ile
olumsuz durumların gelişmesi önlenabilir.**

6. YÜKSEK TANSİYON TEDAVİSİNE UYUM

Yüksek tansiyonun kontrol altına alınmasında tedaviye uyum çok önemlidir. Tedaviye uyum şunları içerir:

- **Yüksek tansiyon ilaçlarını kullanmak**
- **Yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak**
- **Evde tansiyon takibi yapmak**
- **Doktor kontrollerini aksatmamak**

Tedaviye etkili uyum ile;

- ☀ **Yüksek tansiyonun fiziksel ve psikolojik etkileri azalır.**
- ☀ **Acil birimlere başvurularınız azalır.**
- ☀ **Hastaneye yatışlarınız azalır.**
- ☀ **Yaşam kaliteniz artar.**

Tedaviye uyumsuzluk ise;

- ➡ **Kan basıncınızın kontrol altına alınmasını engeller.**
- ➡ **Komplikasyonların görülme sıklığını arttırır.**
- ➡ **Sağlık harcamalarınızı arttırır.**
- ➡ **Yaşam kalitenizi olumsuz etkiler.**



6.1. İLAÇ TEDAVİSİ

Yüksek tansiyon tedavisinde farklı grup ilaçlardan yararlanır.

Tedavinizde bu ilaçlardan bir ya da birkaçı kullanılabilir. Yeni bir ilacın tansiyonunuzu düzenlemesi 3-4 haftayı bulabilir.



İLAÇ TEDAVİNİZDE DİKKAT ETMENİZ GEREKENLER NELERDİR?

- ▶ İlacınızı nasıl kullanacağınız hakkında hekimizin önerileri dışına çıkmayınız.
- ▶ Herhangi bir yan etki oluştuğunda bir sonraki dozu almadan önce veya ilacınızı bırakmaya karar vermeden önce mutlaka hekiminize danışınız.
- ▶ Sabah almanız gereken ilacınızı içmeyi unuttuğunuzda hemen içebilir ve ertesi gün ilacınızı normal saatinde almaya devam edebilirsiniz.
- ▶ Kan tahlili için aç kalmanız gerekiyorsa bile tansiyon ilacınızı birkaç yudum su ile içebilirsiniz.



6.2. YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

- Hipertansiyon tedavisinin temelini ilaç tedavisi oluşturmakla birlikte yaşam tarzınızda yapacağınız değişiklikler tedavinizi güçlendirecektir.
- Yaşam tarzı değişiklikleri tansiyonunuzun kontrol altına alınmasına ve ilaç tedavisinde kullandığınız ilaçların sayısının veya dozunun azaltılmasına yardımcı olacaktır.



Yüksek tansiyonun kontrolünde yaşam tarzı değişiklikleri şunları içermektedir;



6.2.1. BESLENME DEĞİŞİKLİKLERİ

Hipertansiyon Düşürücü Diyetle;

- Sebze, meyve, düşük yağ içeren süt ürünleri, lifli gıdalar (mısır, fasulye, nohut, bulgur, armut, elma) tam tahıllar (çavdar, mısır, pirinç) ve bitkisel kaynaklı protein (ıspanak, mantar) tüketilmesi,
- Haftada en az iki kez balık tüketilmesi,
- Salatalara sirke, limon ve çeşitli baharatları istenen miktarda, zeytinyağını en fazla 1 tatlı kaşığı olacak şekilde kullanılması,
- Potasyum (domates, havuç, patates, ıspanak, mercimek) ve kalsiyum (peynir, süt, yoğurt) içeren besinler tüketilmesi önerilmektedir.



Ayrıca beslenmenizle;

- Tavuk etinin derisini tüketmekten kaçınmanız
- Pilav, sebze gibi yemekleri ana yemeklerle tüketmemeniz

- **Tatlı tercihinizi meyvelerden yana kullanmanız**
- **Doymuş yağ içeren besinleri (tereyağ, margarin, yumurtanın sarısı), kuruyemişleri, yağda kızarmış ve sos ilave edilmiş yiyecekleri ve hamur işlerini tüketmemeniz**
- **İşlenmiş (cips, paketlenmiş kek, kurabiye, ve kraker, conserve sebzeler), aşırı yağlı, şeker ve tuz içeren yiyecekleri tüketmekten kaçınmanız önemlidir.**

6.2.2. TUZ KISITLAMASI

- **Günlük tüketeceğiniz tuz miktarı 5-6 gramı (1 çay kaşığı) geçmemelidir.**
- **Yemeklerinize tuz eklememelisiniz ve tuz içeren gıdalardan (cips, konserve ve salamura besinler, hazır sos ve çorbalar) uzak durmalısınız.**



Diyette tuz kısıtlaması nasıl yapılır?

- **Tuzsuz ekmekek kullanın**
- **Yemek pişirilirken yemeğe tuz atmayın**
- **Sofraya konulmuş yemeklere tadına bile bakmadan tuz atma alışkanlığınız varsa bunu bırakın**
- **Gıda seçiminde, gıdaların tuz içeriğini kontrol edin**

6.2.3. ALKOLÜN ÖLÇÜLÜ TÜKETİLMESİ

- ▶ Hipertansiyonu olan hastaların alkol kullanması önerilmez.
- ▶ Alkol, tansiyon düşürücü ilaçlarınızın etkisini azaltarak inme riskini arttırmaktadır.
- ▶ Alkol tüketen yüksek tansiyonlu erkeklerde alkol tüketimi günde en fazla 20-30 gr, kadınlarda ise günde en fazla 10-20 gr düzeyinde sınırlandırılmalıdır.



6.2.4. SİGARAYI BIRAKMA

- ▶ Sigarayı bırakma ilaç tedavisine karşı direnci önler ve aynı zamanda kalp ve damar hastalığı riskini azaltır.



- ▶ Sigara sinir sisteminizi uyarır ve sigara içimi sonrası 15-30 dakika süren ani tansiyon yükselmesi olur.
- ▶ Eğer sigara kullanıyorsanız mutlaka bırakmalısınız. Sigara kullanımını bırakmak için hastanelerde bulunun sigara bırakma polikliniklerinden eğitim ve danışmanlık alabilirsiniz.

6.2.5. KİLO VERME

Vücut yağ miktarının yüksekliği, çocukluk çağından başlayarak yüksek kan basıncı için bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Kilo kaybı ile tansiyon ilaçlarınızın sayısı ve dozu azaltılabilir, tansiyonunuz kontrol altına alınabilir.

Eğer kilolu iseniz (beden kitle indeksiniz 25 kg/m^2 den yüksek ise) ağırlığınızın en az %5-10'u kadar kilo vermeniz tansiyonunuzun kontrol altına alınmasına yardımcı olacaktır.

(Beden Kitle İndeksi= Kilo/ (boy (m))² formülü ile hesaplanmaktadır)



6.2.6. DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE

- Haftada 5-7 gün en az 30-60 dakikalık orta düzeyde egzersiz (yürüme, hafif koşu, bisiklete binme veya yüzme) yapmalısınız.



- Ağırlık kaldırma gibi zorlayıcı aktiviteleri ve yarışma sporlarını tercih etmeyiniz.

6.2.7. STRES YÖNETİMİ

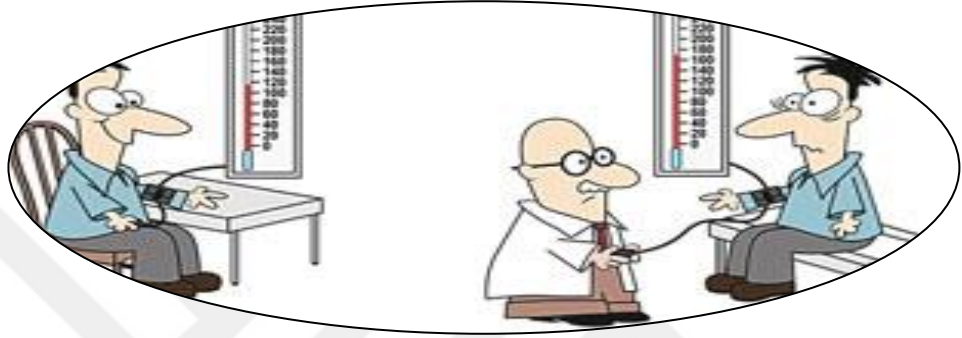


- Psikolojik etmenler, kişilik özellikleri ve emosyonel stres sağlıklı yaşam şeklini bozarak yüksek tansiyon için risk oluşturabilir.
- Stres, tansiyonunuzda ani yükselme yapabilir.
- Yoga, psikoterapi ve gevşeme teknikleri gibi yaklaşımlar stresi azaltarak tansiyonunuzda düşme sağlayabilir.



6.3. EVDE TANSİYON ÖLÇÜMÜ

- Evde yaptığınız ölçümler, doktorunuza hipertansiyon tedaviniz ile ilgili izleyeceği yolda yardımcı olacaktır. Ayrıca yüksek tansiyonunuzun hastane ortamından kaynaklanıp kaynaklanmadığının belirlenmesini sağlayacaktır.



- Evde yaptığınız tansiyon ölçümlerinizi ardışık **en az 5, en fazla 7** gün boyunca **sabah ve akşam** olmak üzere **günde iki kez** yapmalısınız.
- Evde yaptığınız tansiyon ölçümlerinizi bir deftere kayıt etmelisiniz ve bu defteri doktor kontrolünüzde yanınızda bulundurmalısınız.
- Evde yaptığınız ölçümlerde tansiyonunuzun değerinin **135/85 mmHg ve daha küçük** olması gerekmektedir.
- Tansiyon ölçümünüzden doğru sonuç alabilmeniz için tansiyon aletinizin **manşonunun uzunluğu kolunuza uygun** olmalıdır. Ayrıca manşon genişliği kol uzunluğunuzun üçte ikisi kadar olmalıdır.

- İki koldan yaptığınız tansiyon ölçümleri arasında fark varsa ölçümü tekrarlamalı, fark devam ediyorsa sonraki ölçümleri yüksek değer aldığınız koldan yapmalısınız.
- Evde tansiyon ölçümünüzde kolunuz için uygun olan

**MANŞONLU
MANUEL**

YA DA

**ELEKTRONİK
YARI OTOMATİK**

tansiyon aleti kullanabilirsiniz.



Manşon

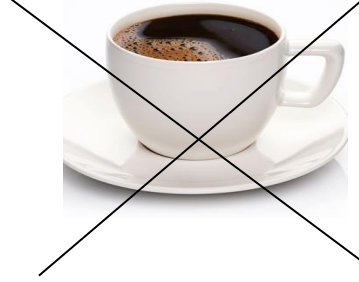
Hortum

Monitör

6.3.1. EVDE TANSİYON NASIL ÖLÇÜLÜR?

- ✚ Ölçüm için çok sıcak ya da çok soğuk olmayan gürültüsüz bir ortam seçmelisiniz.
- ✚ Ölçüm öncesinde tuvalet ihtiyacınızı karşılamış ya da tuvalet ihtiyacınızın olmaması gereklidir.

- ✚ Ölçüm yapmadan yarım saat önce egzersiz yapmamış, bir şey yememiş, çay, kahve ve kola gibi kafeinli içecekler tüketmemiş ve sigara içmemiş olmalısınız.



- Ölçümü kolunuzu dayayabileceğiniz bir koltuk ya da masada yapmalısınız.
- Gerektiğinde kolunuzu ve sırtınızı bir yastık ya da havlu ile desteklemelisiniz.



- Ölçüm öncesinde istirahate başlamadan önce tansiyon aletini yanınıza getirmiş olmalısınız. Tansiyon aletinin açma ve çalıştırma düğmelerini kolaylıkla ulaşabileceğiniz şekilde yerleştirmelisiniz.

- Kolunuzdan giysinizi çıkarmış ya da kolunuzu sıkmayan bir kıyafet giymiş olmalısınız.



- Ölçüme başlamadan önce en az 5 dakika istirahat etmelisiniz.

- Ölçüm yapacağınız koldaki atardamarı hissederek bulunuz.



- Manşeti üst kolunuza, atardamarınızın 2-3 cm üzerine ve çıplak cildinize yerleştiriniz.
- Manşeti kalp seviyenizde kolunuzun ortasına yerleştiriniz.
- Manşetten çıkan hortumun hizasını atardamarınızın üzerine denk getiriniz.
- Manşetin çıkan hortumun kıvrılmamış olmasına dikkat ediniz.
- Manşeti kolunuza çok sıkı ya da gevşek bağlamayınız.

- Ölçüm esnasında kolunuzu ve kalbinizi aynı yatay düzlemde tutunuz.
- Ölçüm yapılacak olan kolunuzdaki yumruğunuzu sıkmayınız, avucunuzu açık ve yukarı bakacak şekilde yerleştiriniz.



- Ayaklarınızı rahat ve yerle temas edecek şekilde uzatınız.
- Bacak bacak üstüne atmış olmayınız.
- Ölçüm esnasında konuşmayınız.
- Ölçüm aracını açınız ve çalıştırma düğmesine basarak ölçümü yapınız.
- Tansiyonunuzun değerini ölçüm aracının ekranından okuyunuz.
- Tansiyonunuzun değerini kan basıncı takip defterinize kayıt ediniz.
- Tekrarlayan ölçüm yapacaksanız 1-2 dakika bekleyiniz.

Doğru Tansiyon Ölçümü İçin;



6.4. DOKTOR KONTROLÜ

- Yüksek tansiyon kronik yani süreğen bir hastalıktır.
- Hayat boyu hekim kontrolü ve tedavisi gerektirir.
- Kontrol ve tedavinize ara vererseniz tansiyonunuz yine eski yüksek değerine ulaşır.



7. YÜKSEK TANSİYON HASTALARININ SIKLIKLA YAPTIĞI HATALAR

- ✘ Tansiyon değerleri yüksek olduğu halde şikayeti olmadığı için önemsememe
- ✘ İlaçların uzun vadede kendisine zarar vereceğini düşünerek ilaçlarını bırakma
- ✘ Başka bir hipertansiyon hastasının ilacını kendisine de iyi geleceğini düşünerek hekime danışmadan kullanma
- ✘ Hipertansiyonu kontrol etmek için bilimsel kanıtı bulunmayan çeşitli tedavileri (sarımsak, limon) deneme
- ✘ Bünyem yüksek tansiyona alışmış diyerek yüksek tansiyonu ciddiye almama
- ✘ Kan basıncı yüksekliğini sadece strese bağlayıp ilaç kullanmama
- ✘ Kan basıncı kontrol altına alınan hastanın ilacı bırakarak “tansiyonum yeniden yükselecek mi” diye deneme yapma
- ✘ “İlacın bitmesi, muayeneye kısa bir zaman kalması” gibi nedenlerle ilaç tedavisine kısa süre ara verme
- ✘ “Ben tansiyonumun yükseldiğini hissediyorum” deyip yakınma olmayan zamanlarda tansiyonunu ölçtürmeme



DİKKAT

**Bu hatalar;
yüksek tansiyonun kontrol altına alınmasını ve
tedaviyi olumsuz etkileyerek
yüksek tansiyona bağlı istenmeyen durumlara
neden olabilir.**



.../.../....	Sabah			
	Akşam			
.../.../....	Sabah			
	Akşam			
.../.../....	Sabah			
	Akşam			

KAYNAKLAR

1. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turk J Cardiovasc Nurs 2015; 7(sup 1):2-11.
2. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2009; 8(2):167-172.
3. Aşlar RH. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. Turk J Cardiovasc Nurs 2015; 6(11):151-9.
4. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş ve ark. Türk Hipertansiyon uzlaşma raporu. Türk Kardiyol Dern Arş 2015; 43(4):402-9.
5. 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 (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension 2013; 31(7):1281-1357.
6. Özpancar N. Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

Ek 6. Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/126	
	İPROTOKOL ADI	Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalara Verilen Öz Yönetim Desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz bakım Yönetimine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÖNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 08/11	Tarih: 26.04.2017
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Duygu KURT'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÖMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Atkan SEZİER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sünn SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile İlişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TAZEL
Dekan
Dekan Yard.

Ek 7. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı



Sayı : 26559790/605.01
Konu : Araştırma İzni (Duygu KURT)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 15/06/2017 tarihli ve 86591326-68209 sayılı yazınız.

İlgi a kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD doktora program öğrencisi Duygu KURT tarafından "Hipertansiyon Tanılı Hastalara Verilen Öz Yönetim desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimine Etkisi" konulu çalışmanın yapılmak istenildiği belirtilmiştir.

Söz konusu çalışma ile ilgili izin talep dosyası komisyon tarafından değerlendirilmiş olup 23.06.2017 tarihinde karara bağlanmıştır. Bu çerçevede çalışmanın Keşan Devlet Hastanesi, Uzunköprü Devlet Hastanesi ve Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesinde, gönüllülük esasına dayalı olarak ve sunulan veri toplama araçları ile gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr.Mustafa İshak
YILDIRIM
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol (1 sayfa)

29.06.2017
EDİRNE İLİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Cağla AK,
İdari Sekreter

Sarıcapaşa Mahallesi/Sarıcapaşa Camii Caddesi/no:17/ EDİRNE
e-posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207

Bilgi için:Emine AYDIN ÖZGÜR

e-Posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://edirne.khb.saglik.gov.tr>

Unvan:HEMŞİRE

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d1760a28-d157-4036-86a5-6a7bfe588d9c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8. Hipertansiyon Bilgi-Düzey Ölçeği Kullanım İzni

Search: s.baliz@mynet.com

7 ileti dizisinden 5.

duygu kurt <duygu2237@gmail.com> 4 Nis 2017 Sal 15:48

Alici: s.baliz

Merhaba,

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS) adlı ölçeğinizi kullanabilmem hususunda izninizi istiyorum. Ayrıca ölçeğinizin Türkçe versiyonunu da talep etmekteyim.

Saygılarımla

s.baliz@mynet.com 5 Nis 2017 Çar 16:19

Alici: ben

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği'ni çalışmanızda kullanıyor olmanız beni onurlandırır. Ölçeğin Türkçe versiyonunu e-mail'e ekli olarak gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Saygılarımla,
Uzm. Dr. Sultan BALIZ ERKOÇ.

Ek 9. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Kullanım İzni

← MK Melek Karademir ×

Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Taşı | Kategorilere Ayır

Yan: Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

MK Melek Karademir <melekgenpr@yahoo.com>
19.03.2017 Paz 17:20
Siz

Duygu hanım merhaba,

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanabilirsiniz.
Başarılar.

Dr. Melek Karademir

13 Mart 2017 22:14 Pazartesi tarihinde duygu kurt <duygukurt1988@hotmail.com> şöyle yazdı:

Merhaba,

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği adlı ölçeğinizi kullanabilmem hususunda izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Ek 10. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği Kullanım İzni

← sadık hancerlioglu x

Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

Re: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği

sadık hancerlioglu <s_hancerlioglu@hotmail.com>
15.03.2017 Çar 09:24
Siz

Merhaba,
Kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim.

[Android için Outlook](#) uygulamasını edinin

From: duygu kurt <duygukurt1988@hotmail.com>
Sent: Monday, March 13, 2017 10:07:05 PM
To: s_hancerlioglu@hotmail.com
Subject: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği

Merhaba,

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi adlı ölçeğinizi kullanabilmem hususunda izninizi istiyorum.