

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç.Dr. Serap ÜNSAR

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU
HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM
ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN VE BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Özge VATANSEVER

EDİRNE – 2011

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU
HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM
ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN VE BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Özge VATANSEVER

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2011

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü HEMŞİRELİK Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç.Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Özge VATANSEVER tarafından tez başlığı **“ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ”** olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **28/10/2011** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **“Yüksek Lisans Tezi”** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Doç.Dr. Serap ÜNSAR
Jüri Üyesi

İmza
Doç.Dr. Necdet SÜT
Jüri Üyesi

İmza
Yrd.Doç.Dr. Özgül EROL
Jüri Üyesi

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Gerek tez çalışmam sürecinde gerekse yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen ve rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Sayın **Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a**, araştırma verilerinin analizinde ve doğru yorumlanmasında yardımcı olan Sayın **Doç. Dr. Necdet SÜT'e**, çalışmayı Hipertansiyon Polikliği'nde yapabilmem için gerekli desteği veren Sayın **Prof. Dr. Armağan TUĞRUL'a**, sabır ve desteklerini esirgemeyen Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahi Servisi Hemşirelerine, sevgisi ve her türlü desteğiyle yanımda olan babam Talat TAŞKAN'a, Aileme ve değerli eşim Araş. Gör. Erhan VATANSEVER'e sonsuz saygı ve sevgilerimi sunar en içten dileklerle teşekkür ederim.

Özge VATANSEVER

EDİRNE, 2011

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| GİRİŞ ve AMAÇ | 1 |
| GENEL BİLGİLER | 3 |
| <i>Hipertansiyonun Tanımı Sınıflandırılması</i> | <i>3</i> |
| <i>Hipertansiyonun Epidemiyoloji</i> | <i>5</i> |
| Hipertansiyonun Etyolojisi | 6 |
| Hipertansiyonun Patofizyolojisi | 7 |
| Hipertansiyonda Risk Faktörleri | 7 |
| Hipertansiyonun Yönetimi | 9 |
| Antihipertansif İlaç Tedavisi | 9 |
| Nonfarmakolojik tedavi | 11 |
| Hipertansiyonda İlaç Tedavisine Uyum/Öz-Etkililik ve Uyumu Etkileyen Faktörler .. | 15 |
| <i>İlaç Tedavisine Uyumun Belirlenmesi Ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü Ve Hemşirelik Tanılaması</i> | <i>19</i> |
| GEREÇ VE YÖNTEMLER | 27 |
| BULGULAR | 30 |
| TARTIŞMA | 46 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 53 |
| ÖZET | 56 |

| | |
|------------------------------|----|
| <i>SUMMARY</i> | 58 |
| <i>KAYNAKLAR</i> | 60 |
| <i>TABLolar DİZİNİ</i> | 65 |
| <i>ÖZGEÇMİŞ</i> | 67 |
| <i>EKLER</i> | |

KISALTMALAR

| | |
|-----------|---|
| Ark | : Arkadaşları |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| WHO | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ISH | : Uluslararası Hipertansiyon Komitesi(International Committee of Hypertension) |
| JNC-7 | : Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komitesi(United States National Committee) |
| TEKHARF | : Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri |
| ESC | : Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology) |
| ESH | : Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension) |
| INTERSALT | : International Study of Salt and Blood Pressure |
| IV | : Intravenöz |
| IM | : Intramüsküler |
| ACE | : Anjiotensin Dönüştürücü Enzim |
| EKG | : Elektrokardiyografi |
| BUN | : Blood Urea Nitrogen |
| İBÖS | : İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skala |
| KBB | : Kulak Burun Boğaz |
| DASH | : Dietary Approach of Strategy of Hypertension |

GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon tüm dünyadaki erişkin ölümleri %6'sından sorumlu tutulmaktadır. Ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Hipertansiyon büyük ölçüde önlenebilen bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Hipertansiyon, inme, koroner kalp hastalığı, böbrek yetersizliği gibi major komplikasyon risklerinde artışı beraberinde getiren kan basıncı yükseklidir. Bugün sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır. Hipertansiyon, arter içi kan basıncının artması ile karakterize genetik, edinsel etmenler ve metabolik bozuklukların birlikte rol oynadığı sendromdur (1,5,12).

Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. 2000 yılı itibariyle dünyada 20 yaş üzerindeki erişkin nüfusun %26.4'ünün hipertansiyonu vardır (8,9). Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması'nın verilerine göre, hipertansiyonlu olguların yalnızca %40.7'sinin hastalıklarının farkında olduğu, ilaç kullanan hasta oranının %31.1 olduğu, kanbasıncıları kontrol oranının ise %8.1 'de kaldığı saptanmıştır. Hipertansiyon kontrolü bakımından ülkemizdeki oranlar oldukça düşüktür (1,9).

Öz-etkililik/öz-yeterlilik bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyup, sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireyin davranışları üzerinde davranış sürecini kontrol ederek etkili olan bu bilişsel-algisal faktöre ilişkin bilgisinin olması önemlidir (18).

İnsanların hissetme, düşünme ve davranışı, öz-etkililik düzeylerine göre farklılık gösterir. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri, eyleme geçme motivasyonunu artırabilir ya da

azaltabilir. Öz-etkililik, bireyin nasıl hissedeceğini, düşüneceğini ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25 üzerine çıkarılmamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur. Uyum; hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuşma boyutudur. Hipertansiyon yönetiminde başarı olmak için kan basıncı kontrolünü sağlama ve devam ettirmede hastaların kararlı olması, ilaç tedavilerinde uyum göstermeleri gerekmektedir (1,2,5,12).

Bu nedenle bu çalışma esansiyel hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek ve uygulamada rehber olacak hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

HİPERTANSİYONUN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Hipertansiyon; böbrek hastalıkları, koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği, inme, miyokard infarktüsü ve periferik vasküler hastalık için önemli ve risk arttırıcı faktörlerden biridir. Hipertansiyon, renal ve kardiyovasküler hastalıklar açısından bağımsız ve temel bir risk faktörü oluşturmaktadır (1,2,3).

Hipertansiyon arteryal kan basıncının normal sınırların üstünde çıkması ile karakterize olup genetik, edinsel etmenler ve metabolik bozuklukların birlikte rol oynadığı sendromdur

İnsan sağlığını, yaşam kalitesini ve süresini kötü yönde etkileyebilecek her türlü kan basıncı yükselmesine hipertansiyon denir (2,3,4,6).

Sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90mmHg veya üzerinde bulunması ya da Amerikan Birleşik Ulusal Komitesinin 2003 yılı (JNC-7) raporuna göre kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır (2,5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Hipertansiyon Komitesi (ISH: International Committee of Hypertension) tarafından yapılan tanıma göre; Hipertansiyon antihipertansif ilaç kullanmayanlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzerinde ve diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olmasıdır (2).

2003 yılında nisan ayında Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC: European Society of Cardiology) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH: European Society of Hypertension) tarafından ortaklaşa olarak yayınlanan kılavuz ve 2003 yılı Mayıs ayında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komitesinin (JNC-7: United States National Committee) yayınladığı

kılavuz, hipertansiyonun tanı, takip ve tedavi alanında birbirlerinden farklı olmalarına rağmen, hipertansiyonla ilgili çok önemli değişikliklere ve yeniliklere yol açmışlardır (Tablo 1).

Tablo 1. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) 2003 Kan Basıncının Sınıflanması (6)

| Kan basıncı sınıflaması | Sistolik(mmHg) | Diyastolik(mmHg) |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| İdeal | <120 | <80 |
| Normal | 120-129 | 80-84 |
| Yüksek Normal | 130-139 | 85-89 |
| Evre 1 hipertansiyon (Hafif) | 140-159 | 90-99 |
| Evre 2 hipertansiyon (Orta) | 160-179 | 100-109 |
| Evre 3 hipertansiyon (Ağır) | ≥180 | ≥110 |
| İzole sistolik hipertansiyon | ≥140 | <90 |

Amerikan Birleşik Ulusal Komitesinin 2003 yılı (JNC-7) kriterlerine göre 18 ve daha ileri yaştaki erişkinler için normal sistolik kan basıncı 120 mmHg'nın altındaki değerler, normal diyastolik kan basıncı da 80 mmHg'nın altındaki değerlerdir. 120-139/80-89 mmHg arasındaki değerler prehipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (3,6).

JNC-7 Raporu'na göre 18 ve daha ileri yaştaki erişkinler için kan basıncının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir (Tablo 2).

Tablo 2. JNC-7'ye Göre Kan Basıncının Sınıflanması (2,6)

| Kan basıncı sınıflaması | Sistolik(mmHg) | Diyastolik(mmHg) |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Normal <120 ve <80 | <120 | <80 |
| Prehipertansiyon | 120-139 veya | 80-89 |
| Evre 1 hipertansiyon | 140-159 veya | 90-99 |
| Evre 2 hipertansiyon | ≥160 veya | ≥100 |

Hipertansiyonun uygun kontrolü inme, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliğine bağlı ölümleri %15-20 azaltır ve ciddi hipertansiyon gelişimini engeller. Temel amaç sistolik kan basıncını 140 mmHg'nın diyastolik kan basıncını ise 90 mmHg'nın altına düşürmektir (1,3,6,7).

HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkeyi etkileyen bir epidemi olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'nce yapılan analizlerde hipertansiyon dünyada ölüme yol açan risk faktörleri arasında birinci sırada ve ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. DSÖ, hipertansiyonun dünyadaki bütün kardiyovasküler hastalıkların yaklaşık yarısından sorumlu olduğunu da ortaya koymuştur (1,4,8).

2000 yılı itibariyle dünyada erişkin nüfusun % 26.4'sının hipertansiyonu olduğu ve bu sayının 2025 yılında %29.2'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Bir diğer değişle 2000 yılı itibariyle 972 milyon insanın hipertansiyonu vardır ve bu sayının tüm dünyada 2025 yılında 1.5 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir (3,9,10).

Ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın bir sorundur. Erişkin her üç kişiden birinde hipertansiyon vardır. 2000 yılı nüfus verilerine göre ülkemizde yaklaşık 15-16 milyon hipertansif birey vardır. Ulusal çapta yapılmış üç büyük çalışmaya göre genel hipertansiyon prevalansı TEKHARF Çalışması'na göre %33.7, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT çalışması)'na göre %31.8 ve METSAR Çalışması'na göre %41.7 olarak bulunmuştur (8,9,10).

Ülkemizde kadınlarda hipertansiyon sıklığı erkeklerden daha yüksektir. 2001–2002 TEKHARF çalışmasında hipertansiyon sıklığı erişkin erkeklerde %36.3, kadınlarda ise %49.1 olarak bulundu. Buna göre TEKHARF çalışmasından elde edilen bu verilere dayanarak ülkemizde halen yaklaşık 5 milyon erkekte ve 7 milyon kadında hipertansiyon bulunduğu tahmin edilmektedir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında Türkiye genelinde yaptığı Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda ise hipertansiyon prevalansı erkeklerde %27.5, kadınlarda %36.1 olarak bulunmuştur (8,9).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nın verilerine göre, hipertansiyonlu olguların yalnızca %40.7'sinin hastalıklarının farkında olduğu, ilaç kullanan hasta oranının %31.1 olduğu, kan basınçları kontrol oranının ise %8.1 'de kaldığı belirlenmiştir. Hipertansiyon kontrolü bakımından ülkemizdeki oranlar oldukça düşüktür. Amerika ve Fransa %32-33'lük kontrol oranları ile en iyi konumda bulunurken, Batı Avrupa'da bu oran %15-25, İngiltere'de %5.9, Doğu Avrupa'da %5-6, Mısır'da ise %8'dir. Bu oranların düşüklüğünün nedenleri arasında, farkında olmanın az olması kadar, hastalara tedavi verilmemesi ya da etkin ve yeterli tedavi verilmemesi de rol oynamaktadır (1,9,35).

HİPERTANSİYONUN ETYOLOJİSİ

Hipertansiyon birçok faktörden etkilenmekte olan bir hastalıktır. Genetik ve çevresel faktörlerin etkisi esansiyel hipertansiyon oluşumunda rol oynamaktadır.

Hipertansiyon etyolojisine göre, esansiyel (primer, idyopatik, nedeni bilinmeyen, birincil) ve sekonder (ikincil, nedeni bilinen) olmak üzere iki gruba ayrılır (2,11).

Esansiyel Hipertansiyon:

Esansiyel hipertansiyon, henüz kesin olarak aydınlatılmamış nedenlerle arteriyel kan basıncının normal kabul edilen değerlerden yüksek olması şeklinde tanımlanır. Primer hipertansiyonda neden belli değildir ve hastaların %90-95'ini oluşturur. Hipertansiyonda tam açıklanmamış nedenler olsa da; hipertansiyonun gelişimini etkileyen pek çok faktör gösterilmiştir. Diyet, stres, genetik yapı, fiziksel aktivite, hemodinamik ve hormonal değişikliklerin esansiyel hipertansiyonda etken olduğu bilinmektedir (2,6,11,12,34).

Sekonder Hipertansiyon:

Sekonder hipertansiyon belirlenebilen bir nedeni olan, daha çok 20 yaşın altındaki ve 50 yaşın üzerindeki bireylerde görülen ve hastaların yaklaşık %5-10'unu oluşturan bir hipertansiyondur. En sık nedenleri; renal, endokrin, nörolojik hastalıklar, adrenal hastalıklar, aort koarktasyonu, gebeliğe ve ilaca bağlı hipertansiyon, intravasküler volüm artışı olarak sıralanabilir (2,6,11,12).

Literatürde rastlanan bazı hipertansiyon tiplerine aşağıda yer verilmiştir.

Sistolik Hipertansiyon/Volüm Hipertansiyon; Sadece sistolik basıncın yükselmesi durumudur (7,13).

Diyastolik Hipertansiyon/Vazokonstrüktif Hipertansiyon; sadece diyastolik basıncın yüksek olması durumudur (17,18).

Miks Hipertansiyon; sistolik ve diyastolik basıncın birlikte yükseldiği hipertansiyon türüdür (7,13).

Beyaz Önlük Hipertansiyonu; kan basıncı sadece tıbbi ortamlarda yüksek olan hastaları tarif etmek için en sık kullanılan terimdir. Bu tip hipertansiyonlarda anlık yükselmeler olur. Nedeni kesin olmayan bu hipertansiyona ilişkin çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Mümkünse poliklinik dışında da ölçümler alınmalı veya gerekiyorsa sürekli kan basıncı izlemi yapılmalıdır (7,13,51).

HİPERTANSİYONUN PATOFİZYOLOJİSİ

Arteriyel kan basıncını, normal kabul edilen düzeylerde sürdürebilmek için birçok karmaşık fizyolojik mekanizma rol oynar. Fizyolojik mekanizmalardaki bozukluklar Esansiyel hipertansiyonun fizyopatolojisindeki esas değişiklikleri oluşturur.

Esansiyel hipertansiyondaki yüksek kan basıncı arteriyoller ile küçük arterlerin daralmasına bağlı artmış periferik vasküler direnç sonucudur. Kanın vizkositesi ve kardiyak output normaldir. Erken evrede hipertansiyondan yüksek oranda sorumlu olan artmış arteriyoller kas tonüsüdür, sonrasında yapısal değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler hipertansiyonun ilerlemesine yol açar ve sonradan hipertansiyonun nedeni ortadan kaldırılrsa bile kan basıncında düşüş sağlanmaz (2,11,14).

Sürekli hipertansiyon kalpte iki etkiye neden olur. Birincisi yüksek dirence karşı kalbin iş yükünün artması miyokart hücrelerinin hipertrofisine neden olur. Bu olay ilerledikçe miyokard hipertrofisi koroner kan akımının önüne geçer ve buna bağlı olarak kalp yetmezliğine sebep olur (2,11,14).

Hipertansiyonun ikinci etkisi ateroskleroz gelişimini hızlandırmaktır. Bu durum sadece koroner arterlerde değil serebral arterler ve renal arterlerde de görülür (2,11,14).

HİPERTANSİYONDA RİSK FAKTÖRLERİ

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- Aile hikayesi
- Yaş
- Cinsiyet
- İrk

Aile hikayesi: Hipertansiyonun gelişimine etki eden faktörlerden bir tanesi genetikdir ve ailevi bir yatkınlık gösterir. Kalıtsal olan hipertansiyonda genetik faktörlerin etkisinin %30 ile %60 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Hipertansif bir bireyin ikizi veya birinci derece akrabaları arasında hipertansiyon görülme oranı fazladır (2,11).

Yaş: Yaş ile kan basıncı arasında pozitif bir ilişki vardır. 30-50 yaş arasında primer hipertansiyon görülmekte ve görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır.

Epidemiyolojik veriler, 30'lu yaşlarda %20-25 olan hipertansiyon prevalansının, 60 yaş ve üzerinde %50'lere çıktığını göstermektedir. Yaşın artışı esansiyel hipertansiyon'lu olgularda; renal, kardiyak, vasküler fonksiyon ve yapıların hızlı bir şekilde bozulmasına zemin hazırlayan önemli bir faktördür (2,11,19).

Cinsiyet: Hipertansiyon prevalansı 50 yaşın altındaki kadınlarda aynı yaştaki erkeklere oranla daha düşüktür. Kadınlarda hipertansiyon riskinin 74 yaşından sonra arttığı ve 55-74 yaş arasında erkek ve kadınlarda riskin eşit olduğu bilinmektedir (2,15).

İrk: Siyah ırkta beyazlara göre daha erken hipertansiyon gelişme eğilimi vardır. Hipertansiyon prevalansının siyah ırkta beyazlara göre daha fazla olması hastalanma ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. En düşük ölüm oranı beyaz kadınlarda %4.7 ve erkeklerde %6.3 olup siyah erkeklerde ölüm oranı %22.5, kadınlarda ise %29.3'tür. Siyah ırkta hipertansiyonun artışıdaki sebep tam açık değildir, fakat düşük renin seviyesi, vazopresin duyarlılığı, aşırı tuz alımı, çevresel stresin neden olduğu düşünülmektedir (2,15,21).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

- Stres
- Obezite
- Beslenme
- Madde Kullanımı

Stres: Kan basıncının akut ve kronik yükselmesine katkıda bulunan önemli bir çevresel faktördür. İnsanların olayları algılama biçimi ve stresörlere cevapları farklıdır. Stres; periferik vasküler direnci artırır, kardiyak output ve sempatik sinir sisteminin aktivitesini stimüle eder ve uzun sürede hipertansiyona yol açabilir. Stres bu nedenle uzun süreli ve fazla olursa hedef organ bozukluğuna veya hastalığına neden olur. Stresin veya psikolojik sonuçlarının tedavisi hipertansiyonun başarılı yönetiminin önemli bir parçasıdır (2,13).

Obezite: Hipertansiyon gelişimi açısından iyi bilinen bir risk faktörüdür. Sekonder hipertansiyonun oluşumunda etkilidir. Fakat tek başına hipertansiyon gelişimindeki etkisi azdır. Epidemiyolojik çalışmalar obezite ile hipertansiyon prevalansı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Obez hastaların %60'ında hipertansiyon vardır. İdeal kilonun %20'sinin üzerinde kilo alımı hipertansiyon riskini 8 kat artırır (2,11,22).

Epidemiyolojik olarak hipertansiyon, obezite, insülin rezistansı ve dislipidemi arasında bir birliktelik mevcuttur. Erken yaşta hipertansiyon gelişen kişilerde lipid bozukluklarının sıklığı artmıştır. (ailevi dislipidemik hipertansiyon). Bu kişilerin çoğunda yüksek glikoz ve insülin konsantrasyonları saptanır. INTERSALT çalışması her 10 kg'lık fazla kilonun sistolik basınçta 3.0 mmHg ve diyastolik basınçta 2.3 mmHg'lık bir artışa neden olduğunu göstermiştir (2,11,22).

Beslenme: Beslenme esansiyel hipertansiyon gelişiminde önemli bir etkiye sahiptir. Sodyum tüketimi hipertansiyon gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür. Günlük sodyum alımının 6 gramın altına indirilmesi (<100mEq/L) kan basıncında 2-8 mmHg'lık azalma sağlayabilmektedir (2,6,11,40,52).

Madde kullanımı: Sigara, alkollü içki, bazı yasal olmayan ilaç kullanımı esansiyel hipertansiyon gelişmesinde çok önemli risk faktörüdür. Alkol kısıtlaması ile ortalama 2-4 mmHg kan basıncı düşüşü olabilmektedir (2,6,11,52).

HİPERTANSİYONUN YÖNETİMİ

Hastalarda hipertansiyon kontrolü; ilgili olabilecek risk faktörleri ve diğer durumların da kontrol altına alınmasını kapsamaktadır. Sistolik ve diyastolik kan basıncının normal sınırları dahilinde, kan basıncı ne kadar düşerse, inme ve koroner olayların riski de o kadar düşer. Günümüzde mevcut antihipertansif ilaçlar uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte kullanıldıklarında hipertansiflerin çoğu da kan basıncını kontrol altına alabilmektedir (16,17).

ANTIHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİ

Hipertansiflerde kan basıncının düşürülmesi insan sağlığına olumlu etki yapmaktadır. İlaç tedavisine başlama kararı kan basıncının yüksekliği, hedef organ hasarının varlığı, kardiyovasküler hastalık veya majör risk faktörlerinin varlığı gibi çeşitli faktörlere bağlıdır.

Epidemiyolojik çalışmalar, antihipertansif tedavinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi belirgin bir şekilde azalttığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre diyastolik kan basıncında 5-6 mmHg'lık, sistolik kan basıncında 10-14 mmHg'lık bir düşme, 5 yıl içinde inme riskini %38, koroner kalp hastalığı riskini %16 oranında azaltmaktadır (4,5,6,11).

Hipertansiyon tedavisine önce bir diüretikle başlanır sonra beta bloker ve daha sonra da vazodilatör eklenir görüşü artık değişmiş olup 2000 yılında yayınlanan Türk Hipertansiyon Kılavuzunda ise bu ilaç gruplarının ilk aşamada kullanılabileceği ve gerekirse kombinasyonlar yapılabileceği belirtilmiştir. Çağdaş görüşe göre tedavi yaklaşımında ilaçtan yarar sağlanamazsa üç seçenek vardır. Bunlar; ilacı değiştirmek, ilacın dozunu artırmak ve kombinasyon tedavisine geçmektir (6,7).

Hipertansiyon tedavisinde sık kullanılan ilaçlar:

- Diüretikler
- Beta-blokerler
- Alfa 1-bloke edici ilaçlar
- ACE (Anjiotensin Dönüştürücü Enzim) inhibitörleri
- Anjiotensin reseptör blokerleri
- Kalsiyum Antagonistleridir (4,6,11).

Diüretikler:

En yaygın kullanılan antihipertansiflerdendir. Diüretiklerin ortak özelliği vücut sodyumunun azalmasını yani natriüresi sağlamalarıdır. Etki mekanizmaları; Plazma ve ekstraselüler sıvı hacmi azalır; başlangıçta kardiyak output azalır, takiben kardiyak outputun normal hale gelmesi ile total periferik direnç azalır. Uzun dönem etkisi ekstraselüler sıvı hacminde hafif azalmadır. Kalp yetmezliği, böbrek yetersizliği ve ödem durumlarında ilk tercih edilen ilaçlar arasındadır. Tedavi sırasında bazı hastalarda, hipotasemi (potasyum kaybı), plazma lipid düzeyinde yükselme, diyabet, gut, empotans gibi yan etkiler gelişmektedir.

En güçlü diüretikler loop diüretikleridir. Bunlar furosemide, bumetanide ve etacrynicacid'tir. Böbrek fonksiyonları ileri derecede bozuk olsa bile etkili olurlar. Daha zayıf diüretikler ise tiyazid ve benzeri ajanlar ile potasyum tutucu diüretiklerdir (4,6,7,11).

Beta-Blokerler:

Başlangıçta kalp debisinin azaltılması ile kan basıncı düşmektedir. Uzun süre β -bloker kullanılması durumunda da kalp debisi düşük seyredebilmektedir. β -blokerlerin antianjinal etkisi vardır ve ventriküler hipertrofiyi azaltır. Başlıca yan etkileri arasında bronkospazm, lipid profilinde bozulma, glukozin toleransı, kalp yetersizliği, kabus, konfüzyon, heyecan, yorgunluk, bitkinlik, impotans gibi sorunlar yer almaktadır (4,7,11,16).

Alfa-1 Blokerler:

Postsinaptik alfa-1 reseptörleri bloke eder ve vazodilatasyona neden olur. Lipid profilini bozmaz ve ventriküler hipertrofiyi azaltır. Postural hipotansiyon, baş dönmesi, enerji kaybı ve sersemlik hissi gibi yan etkilere sahiptir (4,7,11).

ACE (Anjiotensin Dönüştürücü Enzim) İnhibitörleri:

Ekonomik, güvenilir ve etkili ilaçlar olup, özellikle kalp yetersizliği olan ve diyabetik olan hasta gruplarında öncelikle düşünülmesi gereken ajanlardır. Tedavide hastalarda baş dönmesi, kuru ve inatçı öksürük, hipotansiyon, böbrek işlevlerinde bozulma, anjionörotik ödem (nadiren), yorgunluk hissi gibi yan etkiler gelişebilmektedir. Anjiotensin II oluşumunu bloke ederek aldosteron salınımını azaltır, ayrıca bradikinin ve vazodilatatör prostaglandinleri arttırarak vazodilatasyona neden olurlar (4,7,11,16).

Anjiotensin Reseptör Blokerleri:

Anjiotensin II reseptörlerine bağlanarak Anjiotensin II'nin etkisini bloke ederler. ACE inhibitörlerine benzer şekilde kan basıncını düşürmektedirler. İyi tolere edilebilen etkin ilaçlardır. Yan etkileri ACE inhibitörlerine benzer şekildedir ancak çok nadir olarak anjiödem ve öksürük görülmektedir (4,11).

Kalsiyum Antagonistleri:

Kalsiyum iyonunun hücre membranından içeri girişini bloke eder ve düz kasların gevşemesine neden olur. Bu ajanlar aynı zamanda kalpte yavaş kalsiyum kanallarını bloke ederler ve kalp bloğu oluşturabilirler. Hastalarda yüzde kızarma (flashing), lokal ödem, konstipasyon, baş ağrısı, kalp yetersizliği, diş eti hipertrofisi gibi yan etkiler gelişebilmektedir (4,7,11,16).

NONFARMAKOLOJİK TEDAVİ

Yaşam tarzı değişikliklerine (non- farmakolojik tedavi) hasta bireyin kan basıncını düşürmek, antihipertansif ilaçlara olan ihtiyacı azaltmak, risk faktörlerini en aza indirmek ve toplumda hipertansiyon ve ilişkili kardiyovasküler hastalıkları önlemek amacıyla başvurulur. Hipertansiyonlu bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri kalp krizi, inme ve diyabet olasılığını azaltır (11,16).

Hipertansiyon hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olmaktadır. Hipertansif bir birey kronik bir hastalığa sahip olma korkusu yaşamakta olup kendi yaşam tarzında değişiklik yapmakta zorlanmaktadır. Bütün bu değişiklikler bireyin ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Williams'ın (53) yaptığı araştırmada, hipertansif hastalarda egzersiz, diyet vb. gibi yaşam tarzı değişikliği ve tıbbi tedavinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bakoğlu ve ark'larının (50) yaptığı çalışma sonucunda genel olarak hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması orta düzeyde çıkmıştır. Öz- bakım gücünün orta düzeyde olması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam biçiminin değiştirilmesi, düzenli ve kontrollü olduğu sürece hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesinde artış sağlanabilir (20).

Hipertansiyonun tedavisinde nonfarmakolojik (ilaç dışı tedavi) yöntem ve yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır;

- Sigaranın bırakılması
- Kilo fazlalığı varsa kilo verilmesi
- Alkol alımını günde 3 standart bardak içkiyle sınırlandırmak (yaklaşık 700 ml bira, 236 ml şarap ya da 59 ml viski)
- Sodyum alımını günde 110 mmol'e indirmek (2,4 g sodyum ya da 6 g sodyum klorür).
- Diyetle yeterli miktarda potasyum, kalsiyum ve magnezyum alımını sürdürmek
- Sebze ve meyve, lifli gıdalardan zengin, yağdan fakir bir diyet uygulamak (DASH diyeti)
- Fiziksel aktiviteyi artırmak
- Genel kardiyovasküler sağlık açısından diyetteki doymuş yağ ve kolesterol miktarlarının azaltılması (11,16,51).

Kilo Verilmesi

Kilo verme kan basıncını düşürmede etkili bir yöntemdir. Hipertansif hastalarda kilo verme ya da azaltma arteriyel kan basıncını düşürmektedir. Kilo verme tek başına hafif hipertansiyonu düzeltebilir. Ayrıca orta ve ağır hipertansiyonu olan şişmanlarda ilaç tedavisi ile beraber mutlaka kilo da verilmelidir. Hipertansiflerde kilo kaybı fiziksel aktiviteyi artırmak ve uygun bir diyetle sağlanabilir (11,16).

Sodyum Kısıtlaması

Sodyum (veya tuz) alımının kan basıncıyla ilişkisini gösteren çok sayıda kanıt vardır. Epidemiyolojik gözlemler ve klinik denemeler sodyum alımı ile kan basıncı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Hedef, günlük ortalama sodyum klorür alımının 6 gramın altında olmasıdır. Sodyum alımında günde 110 mmol'lük bir artış sistolik basınçta 12 mmHg, diyastolik basınçta 7 mmHg artışa neden olmaktadır. Bu artışın temel nedeni sodyumun su tutarak kan volümünü artırmasıdır. Sodyum kısıtlamasıyla periferik rezistansta değişme olmaksızın kardiyak debide hafif bir düşme olur. Bunun sonucunda kan basıncında da düşüş gerçekleşir.

Hafif hipertansiyon tedavisinde, sodyum kısıtlaması tek başına yeterli olabilir. Ancak orta ve ileri derecedeki hipertansif bireylerde diğer ilaçsız tedavi yöntemleri ya da ilaç tedavisi ile birlikte uygulanmalıdır. Besinlere tuz ilavesi yapılmamalı, pişirme sırasında tuzdan kaçınılmalı ve yüksek miktarda sodyum içeren besinlerden uzak durulmalıdır. Böylece günlük sodyum alımını yarıya indirmek mümkün olacaktır (11,17,23).

Sigara İçimi

Sigarayı bırakmak, kardiyovasküler riski azaltmanın en etkili ve çabuk yoludur. Sigara içen hipertansif hastalarda inme ve koroner kalp hastalığı riski, sigara içmeyen hastalara göre %50-60 oranında daha yüksektir. Sigaranın bırakılması bu riski hızla azaltmaktadır. Her sigaradan sonra sadece 15-30 dakika süren, ani başlayan ve anlamlı kan basıncı artışı görülebilir (16,11,17).

Hastalar sigarayı bıraktıkları zaman sıklıkla kilo almaktadır. Sigarayı bırakan hipertansif hastaların kilo alması kan basıncında artışa neden olduğundan sigaranın bırakılması ile birlikte kilo alımının önlenmesi için diyet ve egzersiz yapılması sağlanmalıdır (11).

Alkol Kısıtlaması

Aşırı alkol alımının bir zararlı etkisi kan basıncı üzerinedir. Günde 30-50 ml'den fazla alkol (etanol) alanlarda, hipertansiyon görülme sıklığının arttığı ve ani ve hızlı bir şekilde kan basıncının yükseldiği görülmektedir. Bu nedenle günde alınan içki miktarı 30 ml etanolden daha az alkol içermelidir. Günde azaltılan her bir birim alkollü içecek için sistolik ve diyastolik kan basıncı değerinde yaklaşık 1 mmHg düşüş olur. Sonuç olarak hipertansif bireylerde alkol alımı sınırlı ve seyrek olmalıdır (11,24,40).

Potasyum Desteği

Esansiyel hipertansif bireylerde serum potasyum düzeyi mutlaka kontrol edilmelidir. Hipertansiflerde plazma ve total vücut potasyumunun düşük olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda hipertansif hastalara potasyum vermenin anlamlı antihipertansif etki oluşturduğu gösterilmiştir. Ayrıca hipertansif hastalarda sürekli potasyum kaybına sebep olan bir hastalık mevcut ise mümkün olduğunca bu hastalık tedavi edilmelidir, değilse potasyum açığı sürekli tamamlanmalıdır (11,17).

Kalsiyum ve Magnezyum Desteği

Kiloya, tuza, potasyuma ve alkole ek olarak başka diyetsel faktörler de kan basıncını etkileyebilir ve toplumların çoğunda hipertansiyonun yüksek prevalansta olmasına neden olabilir. Bazı hipertansif bireylerde, özellikle kalsiyum eksikliği olan ve plazma renin düzeyi yüksek hipertansif bireylerde de kalsiyum desteği faydalı olabilir (11,25).

Yapılan çalışmalarda uzun süreli magnezyum desteğinin kan basıncında düşme sağlayabileceği, ancak kısa süreli magnezyum desteğinde böyle bir sonuç alınamayacağı belirtilmektedir. Magnezyum desteği sadece magnezyum eksikliği bulunan hastalara verilmelidir. Bu tür hastalara günde verilen 15 mmol magnezyum miktarı kan basıncını düşürebilir ve aynı zamanda potasyum depolarının yenilenmesini, glukoz metabolizmasını iyileştirilmesini sağlayabilir. Magnezyum desteğinin antihipertansif etkisi hakkında başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (11,25).

Fiziksel Aktivitenin Artırılması

Düzenli yapılan egzersiz hipertansiyonun ve kardiyovasküler hastalıkların hem önlenmesinde hem de tedavisinde yararlıdır. Kan basıncını kontrol etmede düzenli olarak yapılan orta derecedeki fizik egzersizin (haftada 3-5 gün 30-60 dakika süren ve maksimum kalp atım hızının %60-70'ında yapılan egzersiz) kalıcı kan basıncı düşüşü sağladığı görülmüştür. Yürümek gibi dinamik izotonik egzersizler, ağırlık kaldırmak gibi izometrik egzersizlerden daha etkilidir. Hipertansiflere itme, çekme ve ağırlık kaldırma gibi izometrik egzersizler önerilmemektedir (3,11, 17, 26).

HİPERTANSİYONDA İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM/ÖZ-ETKİLİLİK VE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Öz-etkililik/öz-yeterlilik bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyup, sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireyin davranışları üzerinde davranış sürecini kontrol ederek etkili olan bu bilişsel-algisal faktöre ilişkin bilgisinin olması önemlidir (18).

İnsanların hissetme, düşünme ve davranışı, öz-etkililik düzeylerine göre farklılık gösterir. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri, eyleme geçme motivasyonunu artırabilir ya da azaltabilir. Öz-etkililik, bireyin nasıl hissedeceğini, düşüneceğini ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25 üzerine çıkarılmamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur.

Uyum; hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuma boyutudur (1,2,5,12,27).

Yetersiz uyum ya da uyumsuzluk kan basıncının kontrol altına alınamamasında büyük bir etken olup, ilaç tedavisine bağlı kalmamak, ilaç reçetesini yazdıramamak veya programına koymamakla uyumsuzluk başlayabilir (1,2).

Uyumsuzlukla ilgili hastalar ya iyi takip edilmediklerinden, ya da iyi açıklama yapmadıklarından tedaviyi doğru bir şekilde alamazlar, ilaç almanın yararına inanmazlar, yeterli dozda almayı unuturlar, ya da bilinçli olarak almazlar. Ayrıca, kontrollere düzenli gitmemek, sigara ve alkol kullanmak, fiziksel aktivite yetersizliği, fazla kilo alımı, yağ ve sodyumdan zengin bir diyet gibi sağlıksız alışkanlıkları sürdürmek uyumsuzluğun yaygın nedenleridir (1,2,27).

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum prevalansı %19-87 gibi oldukça geniş bir aralıkta dağılım göstermektedir. Bazı ülkelerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum prevalansının Amerika Birleşik Devletlerinde %51, Çin'de %43 ve Gambia gibi Afrika ülkelerinde ise %27 olduğu belirtilmektedir. Ancak genel olarak gelişmiş ülkelerde % 50'sinin uyum problemleri yaşadıkları belirlenmiş olup gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık kaynaklarındaki yetersizlikler ve hizmetlere ulaşımındaki eşitsizliklerden dolayı uyum oranının daha düşük olduğu varsayılmaktadır (1,2,4,28).

Yapılan araştırmalara göre hipertansif hastaların yarısına yakın bir kısmın kontrollerine gitmediği, %30 ile %50'sinin de reçete edilen antihipertansif ilaçları kullanmada

başarısız oldukları belirlenmiştir. Aynı zamanda hastaların %50'si hipertansiyon tanısı aldıkları 1 yıl içinde, %75'nin de 5 yıl sonra ilaç almayı bıraktıkları belirlenmiştir. Ayrıca hipertansiyonlu hastaların %50'si 12 aylık izlemde ilaç kullanımını bırakmaktadır (1,2,4,34).

Yukarıda verilen örneklerde görüldüğü gibi hipertansiyon yönetiminde başarı olmak için kan basıncı kontrolünü sağlama ve devam ettirmede hastaların kararlı olması, ilaç tedavilerinde uyum göstermeleri gerekmektedir (1,2,4).

Hipertansiyonda Tedaviye Uyum

Hipertansiyonun başarılı bir şekilde tedavisinin sağlanması hastanın tedavi rejimine uyumunu gerektirir. Hipertansiyonda en önemli grubu oluşturan esansiyel hipertansiyonda tedavi, yaşam tarzını değiştirme, diyetin düzenlenmesi, egzersiz ve ilaç tedavisi olarak değişik aşamalardan oluşmaktadır.

Tedavinin yeterince düzenli yapılmaması hipertansiyonun inme, kalp yetersizliği, son dönem böbrek hastalığı gibi organ hasarlarını artıracığından etkin ve düzenli tedavi oldukça büyük önem taşımaktadır. Tedaviye uyum, hastanın tedaviye gösterdiği titizlik ve tedavi aşamalarının kolay uygulanabilirliği gibi faktörlerle ilişkilidir (1,2,29).

Hipertansiyon kontrolünde başarısızlığın en önemli nedeni uyumsuz veya önerilen tedaviyi sürdüremeyen hastalardır. Hastalar yaşam tarzı veya ilaç önerilerine uyumda başarısız ve isteksiz ise kan basıncı kontrolü zorlaşır.

İlaç tedavisine uyumu artırmada hasta ve ailesinin eğitimi ve bilgilendirilmesi çok önemlidir. Uyumu artırmanın yollarından biri de tedavi stratejilerine ilişkin kararlara hastanın da katılmasıdır (1,2,27). Hasta ve ailelerine hastalık hakkında eğitim verilerek bilgilendirme yapılmalı, hastalar kan basıncılarını düzenli izlemeleri konusunda cesaretlendirilmeli, hasta her kontrole geldiğinde ilaç tedavisi ve nonfarmakolojik tedavisi değerlendirilmeli, hasta sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim içinde olarak hastayı uyum konusunda cesaretlendirilmelidir (1,2).

DSÖ raporuna göre; iyi eğitilmiş hemşireler ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasında deneyimli sağlık elemanlarının tedaviye uyumun artırılmasına büyük katkı da bulunacakları beklenmektedir (1,2).

Birçok yöntem bireyin yazılan ilaçları doğrudan kullanıp kullanmadığını belirler. Uyum değerlendirmede hastalara basit bir yol ile doğrudan ilaçlar hakkında anlaşılır sorular ya da yapılandırılmış sorular sormaktır.

Ogedegbe ve ark'ları (30) Afrika kökenli Amerikalı hipertansif bireylerde ilaca uyumu değerlendirmek için ilaç tedavisine Bağlılık/uyum Öz-Etkililik ölçeğini geliştirmiştir. Yapılan

araştırmaya göre bu ölçekte ilaca uyum oranı yüksek bireylerde kan basıncı değerleri düşük bulunmuştur (1,2). Aynı ölçek Türkiye’de uyarlanmış, aynı şekilde ilaca uyum oranı yüksek olan hastalarda kan basıncı değerleri düşük olarak bulunmuştur (1,2,31).

Hipertansif hastaların reçeteye yazılan antihipertansif ilaçları düzenli bir şekilde kullanma oranları %29,8 ile %82,3 arasında olduğu, düzensiz ilaç kullanma oranlarının ise %8 ile %57,6 arasında olduğu bildirilmiştir. Buna bağlı olarak düzensiz ilaç kullanma nedenleri olarak ilaçların rahatsızlık hissi vermesi, unutma, yalnızlık, ihmalkarlık, yaşlılık, hareketsizlik, fazla miktarda ilacı bir arada kullanamama ve maddi yetersizlikler olarak saptanmıştır. Eryoncu ve ark’larının (29) yaptığı çalışmada çeşitli nedenlerden dolayı ilaç kullanmayan hipertansif bireylerin (%22) ilaç kullanmama sebebi olarak, kendilerini iyi hissetmeleri olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bu bulgu hastaların hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gerektiğini ve geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonlarından haberdar olmadığı biçimde yorumlanmıştır (1,2,19).

Sonuç olarak hipertansif hastalar için temel amaç yaşam kalitesini iyileştirmek ve artırmak, komplikasyonları önlemek ve buna bağlı olarak ölüm ve hastalanma oranlarını azaltmak olmalıdır. Uyumu çoklu yöntemlerle değerlendirmek gerekir (1,2,27).

Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Uyumsuzluk, hipertansiyonun kontrolünde en önemli problemdir ve çoğu zaman ihmal edilmektedir. Bu nedenle hastaya, hastalığa, hekime ve tedaviye ilişkin faktörler uyumu etkileyebilir (1,2).

Hasta ve hastalığa ilişkin faktörler; ilaç tedavisine uyumun yetersiz olması kan basıncını kontrol altına almada etken olacaktır. Hastalığın farkında olup, ciddiyetine inanan hipertansif bireylerde tedaviye uyum daha iyi olduğu yapılan çalışmalarda bulunmuştur.

Hastaların hastalığının farkında olmaması, hipertansiyon konusunda bilgi eksikliği, ilaçların yan etkilerinden çekinmesi, ilacın yararlı olduğuna inanmaması, ilacın fiyatı, aşırı alkol ve sigara tüketimi, tuz tüketimi, sedanter yaşam, ilaç alımının unutulması, belirtilerin olmaması, hastalığın iyileşmeyip sadece baskılanıyor olması, demans ve psikiyatrik gibi hastalıkların varlığı, hasta ve hastalığa, ilişkin faktörler arasında yer almaktadır (1,2,27).

Ogedegbe ve ark’larının (30) yaptıkları çalışmaya göre; hipertansiyon hakkında bilgi eksikliği, unutkanlık, ilacın yan etkisi, maliyeti, hipertansiyonun belirti vermemesi, kullanılan dozun sıklığı, ilaç tedavisinin kendisine zarar verebileceği hatta ölümüne sebep olacağını düşünmesi, ilaca bağımlı hale gelebileceğine inanması, kan basıncının normal olduğunda ilacı

kullanmanın gereksiz olduğu ve tedavinin etkili olmadığına inanması gibi hipertansiyonla ilgili farklı düşünceleri ve inançları olduğu belirlenmiştir (1,2).

Tedaviye ilişkin faktörler; tedavinin uzun süreli olması, birden fazla ilaç kullanımındaki zorluk, ilaçların yan etkileri ve pahalı olması, çok sayıda yaşam davranışını değiştirmekte zorluk, kontrollere gelmedeki zorluklar hastanın tedaviye uyumunu azaltan etmenlerdir.

Başarılı kan basıncı kontrolü uygun tedavinin başlatılmasını gerektirir. Davranışsal perspektiften bakıldığında kan basıncının uzun dönemli kontrolünü sağlamak için hastalar tedaviye katılmalı, yaşam tarzındaki değişiklikleri oluşturulmalı ve bunları sürdürmeli, en önemlisi ise ilaç almalıdır (1,2,27).

Hekime ilişkin faktörler; ilaca uyumsuzlukta bir diğer etken hekimin yeterlilik düzeyidir. Kontrol edilmemiş hipertansiyon ile birinci basamak hekimlerin eksikliğinin önemli derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (2).

İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUN BELİRLENMESİ VE GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE HEMŞİRELİK TANILAMASI

Hemşirelikte rol; meslek/disiplin üyesinden pozisyonuna uygun tür ya da modelde beklenen davranışların tümü şeklinde tanımlanabilir. Bir sağlık disiplini olan hemşireliğin rollerine bakıldığında geçmişten günümüze bireye yardım etme amacının ve görevinin süregeldiği görülmektedir. Bazı yazarlara göre hemşirenin yardım görev işlevleri;

- Bir başkasının yerine bir başkasının adına hareket etme
- Birey ve topluma rehberlik
- Birey ve toplumu destekleme
- Bireyin gelişimine uygun ortamı sağlama
- Birey ve topluma eğitim, şeklinde özetlenebilir (38).

Hipertansiyon ömür boyu süren, tıbbi ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır. Asemptomatik bir hastalık olduğundan, hastaların tedavi arama ya da sürdürme konusunda çok az motivasyonları vardır. Hipertansiyon hastası hastalığının oluşturabilecek kronik ve ciddi sonuçlarından dolayı yüksek kan basıncını etkili bir şekilde düzenleyebilmesi için açık, pratik ve gerçekçi bir rehberliğe ve danışmanlığa ihtiyaç duyar. Hipertansif hastaların, hastalıklarla bireysel olarak başa çıkmasında hemşirelerin önemli ve etkin tamamlayıcı bir rolü vardır. Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisiz ve en az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçlarını önerildiği gibi kullanmasını, önerilen yaşam biçimi değişikliklerini gerçekleştirmesi, hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli olarak sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesine gerekli eğitimi verir ve destekler (2,3,32,33).

Hemşire araştırmacılar tarafından yapılan kontrol gruplu deneysel bir çalışmada da hipertansif bireylere verilen ilaca uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik eğitim ve yapılan ev ziyaretleri sonucunda deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı, kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu, kontrol grubunda ise önemli bir değişikliğin olmadığı belirlenmiştir (2,3).

Hemşireler hastalığın olası sonuçları ve hastalığın altında yatan psikolojik olayları anlayabilen sağlık bakım profesyonelleridir. Hemşire eğiticiler hasta ile sık aralıklar ile görüşerek iletişimi kuvvetlendirebilir, eğitimlerinde kan basıncı kontrolünü etkileyen, değiştirilebilen alışkanlıkların ve davranışların önemini öğretebilir, hastaların ilaçların yan

etkilerini anlamasını ve başa çıkmasına yardım edebilir. Hemşire reçete edilmiş tedavisi ve hipertansiyon hakkında soru sorması için hastayı cesaretlendirmelidir. Hastalık için önemli olan aile ve diğer önemli bilgileri hastaya açıklayıp, kendi kendine kan basıncını ölçmesini öğretip evde izlem için uygun tansiyon aleti önerebilir (2,3).

Hemşirenin hipertansiyonu belirleme ve tanı aşamasındaki sorumlulukları:

- 1- Hemşireler hipertansiyonun erken tanısını kolaylaştırmak için yetişkinlerin kan basınçlarını her fırsatta değerlendirmelidir,
- 2- Hemşireler kan basıncı değerlendirirken doğru teknik kullanarak değerlendirme yapmalıdır,
- 3- Hemşireler hipertansiyonun tanısı ile ilgili yöntemlere dikkat etmeli ve bu konuda bilgi sahibi olmalıdır,
- 4- Hemşireler hipertansiyonlu hastaları uygun araç ve tekniklerle evde kendi kendine kan basıncını izlemeleri, her gün aynı saatlerde ölçülmesi, kan basıncını okuyup kaydetmesi konusunda eğitmelidir,
- 5- Hemşireler hedeflenen kan basıncını sağlamak ve devam ettirmek için hastaları eğitmelidir (2,3,32).

Hipertansiyonda hasta ve aileye verilecek eğitimde genel olarak; hastalık süreci, kolaylaştırıcı faktörler ve komplikasyonlar hakkında, bireysel risk faktörlerini tanınması için yardım, kan basıncının ne olduğunun açıklanması, sistolik ve diyastolik basınçların açıklanması, okunması ve yorumunun öğretilmesi konusu yer alır. Hemşire hasta ve ailesine bildirilmesi gereken belirtiler hakkında bilgi verir. Bunlar göğüs ağrısı, nefes darlığı, ödem (günde 1-2 kilo/haftada 3-5 kilo alma), burun kanaması, görme bozuklukları, baş ağrısı (sabah oksipital bölgede), baş dönmesi ve çarpıntıdır (32).

Hemşire hipertansiyonu tanımlayarak, sistolik ve diyastolik kan basıncı arasındaki farkları, hipertansiyonun nedenlerini, risk faktörlerini açıklamalıdır; Aile öyküsü, kilolu olma, doymuş yağ ve kolesterol oranı yüksek diyet ve sigara içme, alkol kullanma, stres ile hipertansiyon ilişkisini anlatmalıdır. Hipertansiyonun doğası ve hedef organ üzerine etkileri hakkında bilgi vermelidir (Böbrekler üzerine olan etkisi, görsel zayıflama, kalp hastalığı, felçler vb) (2,3).

Hemşire, hastaların tedavi uyumunu arttırmak için ilaçların düzenli alınmasının önemi, ilaçların olası yan etkileri ve kullanma durumu hakkında bilgi vermelidir. Hemşire, eğer hasta fazla kilolu ise kiloyu azaltmada stratejiler geliştirip, diyetle düşük sodyum stratejileri (Kahve, çay, kola ve çikolatadan sakınma) kullanma durumu hakkında açıklama yapmalıdır. İlaç alımından 3 saat öncesinde alkol alımından sakınmak, ihtiyaç varsa potasyumdan zengin yiyecekler almak (Meyve suları, muz gibi), sigarayı bırakmak, kilo vermede fiziksel aktivitenin önemi, stresle başa çıkmada rahatlama teknikleri, eğer reçete edilmiş ise sakinleştirici ve rahatlatıcı kullanmayı hemşire açıklamalı ve öğretmelidir. Hemşire hipertansif bireyin ilaç kullanımını bireyin uyku alışkanlıklarını ve çalıştığı işi göz önünde bulundurarak düzenlemelidir (2,3).

Aile bireylerini kan basıncı kontrol sürecinin bir parçası olmaları ve günlük destek sağlamaları konusunda eğitmek ve diğer profesyonellerle işbirliği içinde olmak da hemşirenin hipertansiyon yönetimindeki rollerinden birisidir. Hastanın endişelerini tartışmak ve anlamadıklarını açıklamak gerekir. Hastaya kan basıncı düzeyi konusunda ve önerilen tedavi hakkında bilgilendirme, endişelerini ve sorularını ortaya çıkartma, hastaya yazılı bilgi formları sağlama sağlık profesyonellerinin sorumluluklarıdır. Ayrıca; sağlık profesyonellerinden biri olan hemşire hastanın hastalığını anlayışını, kabul etmesini ve tedaviden beklentilerini değerlendirmelidir. Hekim, eczacı, hemşire ve diyetisyen gibi farklı disiplinlerdeki çalışanın ortak yaklaşımı ve hastanın tedavi yönetimine katılımı ile en iyi kan basıncı kontrolü sağlandığı belirlenmiştir (2,3,27,33).

Hipertansiyonda Başlıca Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri

Hipertansiyonlu hastalardaki başlıca hemşirelik tanıları şunlardır;

- Bilgi eksikliği
- Beslenme bozukluğu
- Sıvı volüm fazlalığı
- Anksiyete bağlı taşikardi, taşipne, ajitasyon
- Ciddi malign hipertansiyon nedeniyle yaralanma olasılığı
- Tedavi planını yönetmede ve gerçekleştirmede bireysel yetersizlik.

Hemşirelik tanısı: Bilgi eksikliği

Amaç: Hasta ve ailesinin hastalık sürecini, yaşam tarzı değişikliklerini, sorumluluklarını, kendi kendini izleme tekniklerini, tedavinin beklenen etkilerini, hastalık yönetiminin faydalarını anlamış olması.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hipertansiyon fizyopatolojisini anlaşılabilir şekilde bulgu ve belirtileri ile birlikte kısaca açıklamak,
- Hipertansiyon tedavisinin amacını açıklamak,
- Gerekli yaşam şekilleri değişiklikleri (diyet, egzersiz, stresle başa çıkma, kan basıncı kontrolü, düzenli ilaç kullanımı) konusunda bilgilendirmek,
- Sodyumdan fakir diyet, tuzlu yiyeceklerden kaçınmak ve tuz eklememek. Sodyumdan zengin diyete ilişkin bir liste hazırlamak ve limon suyu ve baharatlar gibi alternatif soslar kullanmak. Hastanın eşi ya da çocuklarını da bu eğitim planına katmak,
- Diyetle, taze meyve ve sebzelerden potasyum alımına dikkat etmesini sağlamak,
- Önerilen aktivitelere ilişkin spesifik bilgi vermek. Haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının %60-70'ine ulaşacak şekilde 30-45 dk'lık yürüyüşler yapmasını gerektiğini anlatmak,
- İzometrik egzersizlerden kaçınmak (ağırlık kaldırma, itme-çekme vb.). aktiviteden önce ve sonra nabız alma gibi izlenmeleri yapmayı ve bulgu ve belirtileri kendi kendine izlemeyi hastaya öğretmek,
- Kilo vermek için diyet planlamasına yardımcı olmak,
- Alkol alımının kısıtlanması; günlük 60 ml viski, 300 ml şarap veya 720 ml birayla sınırlı olmasını sağlamak ve gerekli bilgiyi vermek,

- Bütün tütün ürünlerinden kaçınmasının önemini anlatmak. Hastanın sigarayı bırakmasını desteklemek üzere eşi ve diğer önemli kişilerle birlikte konuşmak,
- Evde kan basıncı ölçümünü nasıl ve ne zaman yapacağı konusunda hasta ve ailesine gerekli eğitimi vermek,
- İlaçlar hakkında eğitim yapmak. İlaçların etkileri, dozajı, veriliş yolu, yan etkilerini gözden geçirmek ve yazılı formlar vermek (32,36,37,48).

Hemşirelik tanısı: Beslenme bozukluğu.

Amaç: Diyet kısıtlamalarının gerekçelerini bilmek, yağdan ve tuzdan fakir beslenmeye uyum göstermek, hastanın diyet planına katılmasını sağlamak ve kabul ettirmek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Diyet kısıtlamalarının gerekçelerini açıklamak,
- Tuzun sıvı retansiyonuna yol açtığı ve tuzu azaltmak için neler yapabileceği açıklanır;
 - Yüksek sodyumlu besinlerden kaçınması (Fastfood gibi),
 - Yiyecek etiketlerinin okunması,
 - Besinlere tuz ilave edilmemesi,
 - Tuzluğun masadan kaldırılması.
- Diyet değişikliklerini uygulamak için doymuş yağlardan fakir beslenmek,
- Hastanın beslenme biçimini tanımlamak için diyet ve beslenme öyküsünü almak,
- Kişinin yaşam biçimine, kültürel ve sosyo-ekonomik durumuna uyan düşük kalorili, yağ ve tuzdan fakir bir diyetin hazırlanmasında diyetisyene danışmak,
- Diyet değişikliklerini gerçekleştirebilmek için aileyi de bu plana dahil etmek,
- Hastaya evde uygulayabilmesi için bir diyet listesi vermek (32,36,37).

Hemşirelik tanısı: Sıvı volüm fazlalığı.

Amaç: Sıvı hacmi ve elektrolit değerlerinin normal sınırlarda olmasını sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hipervolemi riskini arttıran- su ve sodyum tutulumuna neden olan böbrek bozuklukları, renin-anjiyotensin mekanizmasındaki bozukluk, hiperaldosteronizm, sempatik sinir sisteminin stimülasyonu ile epinefrin ve norepinefrin salınımı, sodyum artışına bağlı antidiüretik hormon salınışında artış gibi durumları tanılamak,

- Aldığı-çıkardı takibi yapmak,
- Kilo takibi yapmak,
- Fazla sıvı yüklenmesini önlemek için ilaç tedavisinde diüretikler kullanmak,
- Fazla retansiyonunun bulgu ve belirtilerini tanımlamak ve rapor etmek,
 - Kardivasküler bulgular: taşikardi, dolgun nabız, yüksek kan basıncı, S3 ve S4 kalp sesleri, periferik ödem, gergin boyun venleri, kilo alma,
 - Solunum bulguları: yüzeysel solunum (erken bulgusu), taşipne, supine pozisyona ya da zorlanma ile artan dispne,
 - Deri bulguları: bastırma ile gode bırakan ödem, deri soğuk ve soluk,
 - Nöromusküler bulgular: bilinç düzeyinde değişiklik, baş ağrısı, görmede bozukluk, halsizlik, palesteziler (32,36,37).

Hemşirelik tanısı: Anksiyete bağlı taşikardi, taşipne, ajitasyon

Amaç: Hastayı rahatlatmak

Hemşirelik Girişimleri:

- Sessiz bir ortam sağlamak,
- Aktiviteleri kısıtlamak,
- Çevreye oryantasyonunu sağlamak, dinlenme sürelerini planlamak,
- Hekim istemine göre analjezikler, sedatifler uygulamak,
- Valsalva manevrasından kaçınılması gerekliliğini açıklamak (32).

Hemşirelik tanısı: Ciddi malign hipertansiyon nedeniyle yaralanma olasılığı.

Amaç: Hastanın kan basıncının güvenli sınırlar içerisinde olmasını sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Baş yukarıda olacak şekilde yatak istirahat sağlamak,
- İki koldan tansiyon kontrolü yapılır; yatarken, otururken ve eğer mümkünse arteryal basınç takibi yapmak,
- Tansiyon sürekli aynı koldan ölçmek,

- Ölçüm yapılacak kolda yaralanma, enfeksiyon, kadınlarda mastektomi (memenin tamamen çıkartılması) geçirmiş taraf, böbrek diyalizi için fistül ve intravenöz infüzyon olmamalıdır.
- Solunum, apikal nabız ve nörolojik belirtileri 2-10 dakikada bir takip etmek,
- Hekim istemine göre arteriyel basınç ölçmek,
- Hekim istemine göre parenteral sıvı ve ilaçlar uygulamak,
 - Antihipertansifler: İV, İM,
 - Antikonvülsanlar,
 - Sedatifler
 - Antiemetikler.
- Her bir ilacın yan etkilerini gözlemlemek,
- Ani hipotansiyon durumunu gözlemek,
- Kriz anında hava yolu açıklığını sağlamak,
- Kardiyak monitörizasyon uygulamak; 4-6 saatte bir,
 - EKG çekilir (ST-T dalga değişiklikleri ya da aritmiler gözlenir)
 - Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapmak, idrarı renk ve miktar yönünden kontrol etmek ve idrar miktarının saatlik 30 ml'nin altına indiğinde hekime haber vermek.
 - Hekim istemine göre elektrolit, BUN ve kreatinin değerlerini izlemek,
- Her gün aynı zaman, aynı tartı, benzer giysi ve boş mesane ile kilo takibi yapmak,
- Sessiz ve sakin bir çevre sağlanır,
- Hekim istemine göre düşük kalorili ve düşük sodyum diyeti uygulamak,
- Hekim istemine göre sıvı kısıtlaması yapmak,
- Tansiyon stabil oluncaya kadar 10-15 dk bir ölçmek
- Hasta yataktan kaldırılır ve tansiyon ölçülür, daha sonra hastanın uygun şekilde ufak adımlarla yürümesini sağlamak,
- Hasta ayağa kaldırıldığında ortostatik hipotansiyon yönünden gözlemek (gözlerde kararma, baş dönmesi, solukluk, terleme, bayılma, bilinç düzeyinde azalma),
- Güvenlik önlemlerini sağlamak,
- Bilinç düzeyinde değişiklik olduğunda hekime haber vermek (32,36,37,39).

Hemşirelik tanısı: Tedavi Planını yönetmede ve gerçekleştirmede bireysel yetersizlik.

Amaç: Hastanın antihipertansif ilaçları önerildiği şekilde kullanmasını, izlem için sağlık kuruluşu ya da hekime başvurmasını sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastaya yüksek kan basıncı ile ilişkili risk faktörlerini açıklamak,
- İlaçların veriliş amacı, etkisi, dozajı, verime şekli ve yan etkilerini tartışmak,
- İzlem için sağlık kuruluşu ya da hekime başvurması gerektiğinin önemini vurgulamak,
- Antihipertansifler için yazılı materyaller sağlamak,
- Antihipertansif ilaçları önerildiği şekilde uygulamak ve hastanın tepkilerini kaydetmek; tedavi edici ve yan etkilerini gözlemlemek,
- Herhangi bir semptom (göğüs ağrısı, baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı-kusma, burun kanaması, nefes darlığı vb.) oluştuğunda hekime haber vermenin önemini anlatmak
- Yaşam biçimi değişiklikleri konusunda hastaya gerekli eğitimi vermek (32,36,37).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA ŞEKLİ

Esansiyel Hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek ve uygulamada rehber olacak hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca uyum ile kişisel özellikler arasında anlamlı fark var mı?
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca uyum ile hastalığa ilişkin özellikler arasında anlamlı fark var mı?

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniği'ne başvuran en az 1 yıl önce hipertansiyon tanısı almış ve tedaviye başlamış olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme: Araştırmanın örnekleme Eylül 2009- Mart 2010 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniği'ne başvuran en az 1 yıl önce hipertansiyon tanısı almış ve tedaviye başlamış olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, ileri derecede kronik Böbrek yetmezliği, kalp yetersizliği ve herhangi bir iletişim sorunu olmayan 18 yaş ve üzeri kadın ve erkekten oluşan toplam 94 hasta alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu; konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturulmuştur, kişisel ve hastalıkla ilgili değişkenleri içermektedir.

Kişisel özellikler birinci bölümde; (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, boy, kilo, ekonomik durum içeren 20 sorudan oluşmaktadır.

Hastalıkla ilgili değişkenler ise ikinci bölümde; (klinik tanı, hastalığın süresi, tedavi süresi, önceden hastanede yatma durumu ve yatma sayısı, ameliyat geçirme öyküsünün varlığı, hastalığa uyum, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu ve sıklığı, kan basıncının yükseldiğini hissetme durumu ve şikayetlerin varlığı, sigara ve alkol alışkanlıkları, düzenli egzersiz yapma durumu ve yapılan egzersiz türü, kullanılan ilaçlar ve günlük alınan ilaç sayısı içeren 33 sorudan oluşmaktadır.

İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS)

İBÖS, hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Hastaların antihipertansif ilaçları düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan İBÖS, 26 sorundan oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkililik düzeyini değerlendirmektedir. Örneğin “ İşte olduğunuzda ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden emin misiniz” ifadesini bireyin “ Hiç emin değilim”, “Biraz eminim”, “Çok eminim” yanıt seçeneklerinden biri ile değerlendirmesi istenmektedir. Böylece ölçekten 26-78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın artması bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyumun iyi olduğunu göstermektedir.

Ogedegbe ve ark. (30) tarafından 2003 yılında hipertansif Amerikalı bir örnekleme geliştirilen İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmasını 2005 yılında Gözüm ve Hacıhasanoğlu 140 hipertansif hasta üzerinde yapmıştır.

Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayısı 0.92, madde-toplam puan korelasyonları ise .26-.72. arasındadır. Gözüm ve Hacıhasanoğlu, kan basıncı normal değerlerin üstünde olan hastalarda İBÖS’ün, kan basıncı değerleri normal sınırlarda olan hastalara göre daha düşük olduğunu ve bu nedenle kestirim geçerliliğinin yeterli olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada İBÖS’ün güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (2,18,30).

VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULANMASI

Ön Hazırlık

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniği'ne başvuran ve hipertansiyon tanısı almış, hastaların bilgileri alınarak örneklem grubu oluşturuldu (n=94).

Veri toplanacak kurum olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden etik kurul izni alındı.

Uygulama

Araştırmadaki veriler kişisel ve hastalığa ilişkin bilgi formu ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği formu belirlenen örneklem grubuna (n=94) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak elde edildi. Bu çalışmanın uygulama aşaması 6 ay içinde tamamlanmıştır.

Veriler çalışmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmacı tarafından hastalara sorularak elde edilmiştir. Hastalarla birebir ve diğer kişilerden etkilenmeyeceği bir ortamda görüşlmeye özen gösterilmiştir. Araştırmanın cevapları anket uygulanan hastaların ifadelerine göre doldurulmuş ve bu şekilde veriler girilmiştir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalında analiz edildi. Analizlerde Biyoistatistik Anabilim Dalının SPSS 19.0 (Lisans No:106462) paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov analizi ile test edildi. İki gruplu değişkenlerin skorlarını karşılaştırmada Student-t-testi kullanıldı. Üç ya da daha fazla gruplu değişkenlerin skorlarını karşılaştırmada Tek Yönlü ANOVA kullanıldı. Değişkenler arası ilişkileri incelemede Spearman korelasyon analizi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Bir yıl içinde toplam 94 hipertansif hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılımına uygunluğu değerlendirildikten sonra veriler;

- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri,
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca uyum ile kişisel özelliklerinin karşılaştırılması,
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca uyum ile hastalığa ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması şeklinde incelenmiştir.

HASTALARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Tablo 3: Hastaların Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı (n=94)

| Kişisel Özellikler | N | % |
|---------------------------------|------------------------------|------|
| Yaş Ortalaması | Ort. ±SD 57.7±10.2 | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 52 | 53.2 |
| Erkek | 42 | 46.8 |
| Yaşadığı yer | | |
| Köy | 8 | 8.5 |
| İlçe | 29 | 30.9 |
| İl | 57 | 60.6 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlköğretim ve altı | 57 | 60.7 |
| Lise ve üzeri | 37 | 39.4 |
| Çalışma Durumu | | |
| Ev hanımı | 33 | 35.1 |
| Çalışıyor | 25 | 26.6 |
| Emekli | 36 | 38.3 |
| Sosyal Güvence | | |
| Emekli sandığı | 50 | 53.2 |
| SSK | 26 | 27.7 |
| Bağ kur | 17 | 18.1 |
| Yeşil Kart | 1 | 1.1 |
| Ekonomik Durum | | |
| Ancak geçinebiliyorum | 6 | 6.4 |
| Orta derecede iyi | 63 | 67 |
| İyi | 25 | 26.6 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 89 | 94.7 |
| Dul | 5 | 5.3 |
| Çocuk Sayısı | | |
| 3 çocuk ve üzeri | 28 | 69.1 |
| 3 çocuk altı | 65 | 30.9 |
| Çocuk Sayısı Ortalaması | Ort.±SD 2.3±0.78 | |
| Kiminle Birlikte Yaşıyor | | |
| Yalnız yaşıyorum | 4 | 4.3 |
| Eşimle | 38 | 40.4 |
| Çocuklarımla | 11 | 11.7 |
| Eşim ve çocuklarımla | 41 | 43.6 |
| Aile Tipi | | |
| Geniş Aile | 9 | 9.6 |
| Çekirdek Aile | 77 | 81.9 |
| Parçalanmış Aile | 8 | 8.5 |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 3’de hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hastaların yaş ortalaması incelendiğinde bu sayının 57.7 olduğu bulunmuştur.

Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, %53.2’sinin kadın, %46.8’inin erkek olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yere göre dağılımına bakıldığında, %8.5’i köyde, %30.9’u ilçede ve %60.6’sı ilde yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %60.7’sinin ilköğretim ve altı, %39.4’nün lise ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımlarına bakıldığında %35.1’nin ev hanımı, %26.6’nın çalışan, %38.3’nün emekli olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sosyal güvencesine göre dağılımı incelendiğinde, %53.2’sinin Emekli Sandığı’na (EMS), %27.7’sinin Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK), %18.1’nin Bağ-Kur’a (BK), %1.1’nin de Yeşil Kart’a (YK) sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastaların ekonomik durumuna göre dağılımına bakıldığında, %6.4’ü ancak geçinebiliyor, %67’si orta derecede iyi, %26.6’sı iyi geçinebildiği belirlenmiştir.

Hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde %94.7’sinin evli, %5.3’nün dul olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sahip olduğu çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında, %69.1’nin üç çocuk ve üzeri olduğu, %30.9’nun üç çocuk altı olduğu belirlenmiş ve çocuk sayısı ortalamasının 2.3 olduğu belirlenmiştir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımına bakıldığında, %4.3’nün yalnız, %40.4’nün sadece eşi ile, %11.7’sinin sadece çocukları ile, %43.6’sının eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların bulunduğu aile tipine göre dağılımına bakıldığında, %9.6’sı geniş aile,%81.9’u çekirdek aile, %8.5’i parçalanmış aile olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=94)

| Hastalığa İlişkin Özellikler | n | % |
|---|-----------------------------|----------|
| Sabah İlaç Alma Durumu | | |
| Evet | 63 | 67 |
| Hayır | 31 | 33 |
| Hastanede Yatma Durumu | | |
| Evet | 54 | 57.4 |
| Hayır | 40 | 42.6 |
| Hastanede Yatma Nedeni | | |
| Hipertansiyon | 19 | 20.2 |
| Cerrahi Hastalıkları | 26 | 27.7 |
| Dahiliye Hastalıkları | 9 | 9.6 |
| Bir Özellik Tarif Etmeyenler | 40 | 42.6 |
| Ameliyat Geçirme Durumu | | |
| Evet | 40 | 42.6 |
| Hayır | 54 | 57.4 |
| Ameliyat Sayısı Ortalaması | Ort.±SD 1.38±0.74 | |
| Geçirilen Ameliyat Durumu | | |
| Kadın Hastalıkları ve Safra Kesesi Ameliyatı | 20 | 50.0 |
| Diğer (Apandisit, göz, KBB, bel fitiği, boyun fitiği, guatr ve kist ameliyatları) | 20 | 50.0 |
| Ailede Hipertansiyon Varlığı | | |
| Evet | 79 | 84 |
| Hayır | 15 | 16 |
| Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu | | |
| Evet | 89 | 94.7 |
| Hayır | 4 | 4.3 |
| Bazen | 1 | 1.1 |
| Sağlık Kontrollerine Ne Sıklıkla Gitme Durumu | | |
| Üç Ayda Bir Kez | 20 | 21.3 |
| Altı Ayda Bir Kez | 46 | 48.9 |
| Yılda Bir Kez | 27 | 28.7 |
| Ayda Bir Kez | 1 | 1.1 |
| Tıbbi Kaynaklara Ulaşma Durumu | | |
| Evet | 61 | 64.9 |
| Hayır | 33 | 35.1 |
| Hastalığa Uyum Sağlama Durumu | | |
| Evet | 74 | 78.7 |
| Hayır | 20 | 21.3 |
| Kan Basıncını Yükseldiğini Hissetme Durumu | | |
| Evet | 75 | 79.8 |
| Bazen | 19 | 20.2 |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 4'ün Devamı

| | | |
|---|-----------------------------|------|
| Yüksek Kan Basıncına Neden Olan Durumlar | | |
| Sinirlilik+Üzüntü | 37 | 39.4 |
| Sinirlilik+Üzüntü+Endişe | 34 | 36.2 |
| Diğer (İlaç almayı unutma, kuruntu, heyecan, yorgunluk, beslenme) | 23 | 24.5 |
| Kan Basıncı Yüksekliğine Bağlı Şikayetlerin Durumu | | |
| Baş Ağrısı | 9 | 9.6 |
| Baş Ağrısı + Ense Ağrısı | 12 | 12.2 |
| Baş Ağrısı + Terleme | 16 | 17 |
| Diğer (Baş ağrısı, ense ağrısı, halsizlik, baş dönmesi, yorgunluk v.b) | 57 | 61.2 |
| İlave Kronik Hastalık Varlığı | | |
| Evet | 52 | 55.3 |
| Hayır | 42 | 44.7 |
| İlave Kronik Hastalıklar | | |
| Hiperlipidemi | 17 | 32.7 |
| Diyabet | 13 | 25 |
| Hiperlipidemi+Diyabet | 10 | 19.2 |
| Diğer (Guatr, tiroid, astım, ritim bozukluğu, kemik hastalığı, psikolojik rahatsızlık) | 12 | 23.1 |
| Kullanılan İlaç Sayısı/Gün | Ort±SD 4.06±2.79 | |
| Düzenli Egzersiz Yapma Durumu | | |
| Evet | 49 | 52.1 |
| Hayır | 45 | 47.9 |
| Egzersiz Türü | | |
| Yürüyüş | 49 | 100 |
| Düzenli Uyku Durumu/Saat | | |
| Evet | 61 | 64.9 |
| Hayır | 33 | 35.1 |
| Uyku Ortalaması | Ort±SD 6.48±1.46 | |
| Sigara Kullanma Durumu/Yıl | | |
| Evet | 8 | 8.5 |
| Hayır | 76 | 80.9 |
| Bırakmış | 10 | 10.6 |
| Sigara Kullanma Süresi/ Yıl | Ort±SD 12.56±9.01 | |
| Alkol Kullanma Durumu | | |
| Evet | 20 | 21.3 |
| Hayır | 74 | 78.7 |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 4'ün Devamı

| Hastalığın Yaşamı Olumsuz Etkileme Durumu | | |
|--|----|------|
| Evet | 49 | 52.1 |
| Hayır | 45 | 47.9 |
| Diyet Uygulama Durumu | | |
| Evet | 74 | 78.7 |
| Hayır | 20 | 21.3 |
| Uygulanan Diyetin Türü | | |
| Tuzsuz | 30 | 31.9 |
| Diyabetik | 17 | 18.1 |
| Diğer (kardiyak, tuzsuz, diyabetik) | 47 | 50 |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 4'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların sabah ilaç alma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, %67'sinin sabah ilaç aldığı, %33'nün ise sabah ilaç almadığı belirlenmiştir.

Hastaların hastanede yatma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, %57.4'nün hastanede yattığı, %42.6'sının hastanede yatmadığı belirlenmiştir.

Hastaların hastanede yatma nedenlerinin dağılımına bakıldığında, %20.2'sinin hipertansiyon nedeni ile, %27.7'sinin cerrahi hastalıklar nedeni ile, %9.6'sının dahiliye hastalıklar nedeni ile, %42.6'sının ise herhangi bir nedenden dolayı hastanede yatmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ameliyat geçirme durumlarının dağılımı incelendiğinde, %42.6'sının ameliyat geçirdiği %57.4'nün ise ameliyat geçirmediği belirlenmiş olup ameliyat sayısı ortalaması 1.38 olarak bulunmuştur.

Hastaların geçirdikleri ameliyat durumlarının dağılımına bakıldığında, %50.0'ı kadın hastalıkları ve safra kesesi ameliyatı, %50.0'nin de apandisit, göz, kulak burun boğaz (KBB), bel fıtığı, boyun fıtığı, guatr ve kist ameliyatlarından bir ya da bir kaçını geçirdiği belirlenmiştir.

Hastaların ailede hipertansiyon varlığının dağılımı incelendiğinde, %84'nün ailesinde hipertansiyon olduğu, %16'sının ailesinde hipertansiyon olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumlarının dağılımı incelendiğinde, %94.7'sinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırdığı, %4.3'ünün düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %1.1'nin ise bazen sağlık kontrollerini yaptırdığı belirlenmiştir.

Hastaların sağlık kontrollerine ne sıklıkta gittiğinin dağılımı incelendiğinde, %21.3'ünün uđ ayda bir kez, %48.9'unun altı ayda bir kez, %28.7'sinin yılda bir kez, %1.1'inin ayda bir kez sağlık kontrollerine gittiği belirlenmiştir.

Hastaların tıbbi kaynaklara ulaşma durumlarının dağılımına bakıldığında, %64.9'unun tıbbi kaynaklara ulaşabildiği, %35.1'nin tıbbi kaynaklara ulaşamadığı belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumlarının dağılımı incelendiğinde, %78.7'sinin hastalığa uyum sağladığı, %21.3'ünün hastalığa uyum sağlamadı belirlenmiştir.

Hastaların kan basınçlarının yükseldiğini hissetme durumlarının dağılımı incelendiğinde, %79.8'inin kan basıncının yükseldiğini hissettiği, %1.1'inin kan basıncının yükseldiğini hissetmediği, %19.1'inin ise bazen kan basıncının yükseldiğini hissettiği belirlenmiştir.

Hastaların yüksek kan basıncına neden olan durumlarının dağılımına bakıldığında, %39.4'ü sinirlilik ve üzüntü, %36.2'si sinirlilik, üzüntü ve endişe, %24.5'i İlaç almayı unutma, kuruntu, heyecan, yorgunluk, beslenme gibi bir veya bir kaçının neden olduğu belirlenmiştir.

Hastaların kan basıncı yüksekliğine bağlı şikayetlerinin dağılımına bakıldığında, %9.6'sı baş ağrısı, %12.2'si baş ağrısı ve ense ağrısı, %17'si baş ağrısı ve terleme, %61.2'si Baş ağrısı, ense ağrısı, halsizlik, baş dönmesi, yorgunluk, göz kararması ve kanlanması, çarpıntı, başta uyuşma, kulaklarda çınlama, bulantı, burun kanaması, uykusuzluk, terleme, hareketlerde yavaşlama, sık idrara çıkma gibi bir ya da bir kaçının olduğu belirlenmiştir.

Hastaların ilave kronik hastalığı olup olmadığının dağılımına bakıldığında, %55.3'ünün ilave kronik bir hastalığının olduğu, %44.7'sinin ise ilave kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ilave kronik hastalıklarının dağılımına bakıldığında, %32.7'si hiperlipidemi, %25'i diyabet, %19.2'si hiperlipidemi ve diyabet, %23.1'in de guatr, tiroid, astım, ritim bozukluğu, kemik hastalığı, psikolojik rahatsızlıklardan bir veya bir kaçına sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastaların günde alınan ilaç sayısı ortalaması incelendiğinde, 4.06 olarak bulunmuştur.

Hastaların düzenli egzersiz yapma durumlarının dağılımı incelendiğinde, %52.1'nin düzenli egzersiz yaptığı, %47.9'unun düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiş ve %100'nün egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih ettiği belirlenmiştir.

Hastaların düzenli uyku durumlarının dağılımına bakıldığında, %64.9'nun düzenli uyku uyuduğu, %35.1'nin ise düzenli uyumadığı belirlenmiş ve düzenli uyku ortalaması 6.48 olarak bulunmuştur.

Hastaların bir yılda sigara kullanma durumlarının dağılımına bakıldığında, %8.5'nin sigara kullandığı, %80.9'nun sigara kullanmadığı, %10.6'sında sigarayı bıraktığı belirlenmiş olup bir yılda sigara kullanım süresinin ortalaması 12.56 olarak bulunmuştur.

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %21.3'nün alkol kullandığı, %78.7'sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Hastalığın yaşamı olumsuz etkilemesine göre dağılımına bakıldığında, %52.1'nin yaşamını olumlu etkilediği, %47.9'nun ise yaşamını olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Hastaların diyet uygulama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %78.7'sinin diyet uyguladığı, %21.3'nün ise diyet uygulamadığı belirlenmiştir.

Hastaların uyguladıkları diyet türüne göre dağılımı incelendiğinde, %31.9'u tuzsuz, %18.1'i diyabetik, %50'si ise kardiyak, diyabetik, tuzsuz diyetlerin bir ya da bir kaçını uyguladığı belirlenmiştir.

HASTALARIN İLACA UYUM İLE KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

| CİNSİYET | n | Ort.± SD | t | p |
|----------|----|------------|------|-------|
| Kadın | 52 | 71.9 ± 3.1 | 0.24 | 0.981 |
| Erkek | 42 | 71.9 ±3.2 | | |
| Toplam | 94 | 71.9±3.9 | | |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Hipertansiyonlu hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalaması 71.9±3.9 olarak bulunmuştur (min=62.00, max=78.00) (Tablo 5).

Tablo 5’te İlaça bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinin puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; esansiyel hipertansiyonlu bayan ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p >0.05) (Tablo 5).

Tablo 6:İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

| Eğitim Durumu | n | Ort.± SD | t | p |
|--------------------|----|----------|--------|-------|
| İlköğretim ve altı | 57 | 75.6±3.6 | -0.885 | 0.378 |
| Lise ve üzeri | 37 | 72.3±3.6 | | |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 6’da İlaça bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinin puan ortalamaları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların diğer lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalara göre ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak; esansiyel hipertansiyonlu hastaların eğitim durumları ile ilaca uyum öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (p >0.05) (Tablo 6).

Tablo 7: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Hastaların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

| Çalışma Durumu | n | Ort.± SD | F | p |
|-----------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| Ev Hanımı | 33 | 71.8 ± 3.9 | 0.902 | 0.484 |
| Emekli | 36 | 72.6 ± 3.1 | | |
| Memur | 6 | 70.5±5.1 | | |
| Serbest Meslek | 7 | 71.7±2.9 | | |
| İşçi | 3 | 68.7±2.1 | | |
| Çiftçi | 9 | 71.8±3.1 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 7’de İlaça bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinin puan ortalamalarının hastaların çalışma durumuyla karşılaştırıldığında; emekli hastaların diğer meslek gruplarına göre ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak;

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların çalışma durumları ile ilaca uyum öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Hipertansiyonlu Hastaların Yaş, Eğitim Durumu, Ekonomik Durum, Çocuk Sayısı ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=94)

| | Toplam Skor |
|-----------------------|-----------------------|
| Yaş | = 0.008 p = 0.94 |
| Eğitim Durumu | = 0.097 p = 0.353 |
| Ekonomik Durum | = 0.054 p = 0.606 |
| Çocuk Sayısı | = -0.129 p = 0.218 |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 8’de İlaça bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puanları ile hastaların yaş, ekonomik durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu arasındaki ilişki karşılaştırıldığında; ölçek puanları ile hastaların kişisel özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

HASTALARIN İLACA UYUM İLE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 9: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumu İle Karşılaştırılması

| Hastanede Yatma Durumu | n | Ort.± SD | t | p |
|------------------------|----|----------|-------|-------|
| Evet | 54 | 72.5±3.8 | 1.972 | 0.052 |
| Hayır | 40 | 71.1±3.3 | | |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 9’da ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinin puan ortalamalarının hastaların daha önce hastaneye yatma durumuna göre karşılaştırıldığında; ölçek puan ortalamaları ile hastaneye yatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Aile de Hipertansiyon Varlığına Göre Karşılaştırılması

| Aile de Hipertansiyon Varlığı | n | Ort.± SD | t | p |
|-------------------------------|----|----------|--------|-------|
| Evet | 79 | 71.9±3.7 | -0.644 | 0.521 |
| Hayır | 15 | 72.5±3.4 | | |

Ort. Ortalama; SD: Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 10’da ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamalarının hastaların aile de hipertansiyon varlığına göre karşılaştırıldığında; aile de hipertansiyonu olmayan hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları daha yüksek ($72.5±3.4$) olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Eşlik Eden Hastalık Durumu İle Karşılaştırılması

| Eşlik Eden Hastalık | n | Ort.± SD | t | p |
|----------------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| Evet | 52 | 72.1±3.9 | 0.425 | 0.672 |
| Hayır | 42 | 71.7±3.2 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 11’de ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları ile hipertansiyona eşlik eden hastalık varlığı karşılaştırıldığında; ölçek puan ortalamaları ile eşlik eden hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumu İle Karşılaştırılması

| Düzenli Egzersiz Yapma Durumu | n | Ort.± SD | t | p |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| Evet | 49 | 72.4±3.3 | 1.390 | 0.168 |
| Hayır | 45 | 71.4±3.9 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 12’de ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamalarının hastaların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre karşılaştırıldığında; düzenli egzersiz yapan hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları daha yüksek (72.4±3.3) olduğu, ancak arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Düzenli Uyku Durumu İle Karşılaştırılması

| Düzenli Uyku Durumu | n | Ort.± SD | t | p |
|----------------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| Evet | 61 | 72.1±3.3 | 0.788 | 0.433 |
| Hayır | 33 | 71.5±4.1 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 13’de ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamalarının hastaların düzenli uyku durumuna göre karşılaştırıldığında; uykusu düzenli olan hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları daha yüksek (72.1±3.3) olduğu bulunmuştur. Ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Sigara Kullanma Durumu İle Karşılaştırılması

| Sigara Kullanım Durumu | n | Ort.± SD | F | p |
|-------------------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| Evet | 8 | 71.5±2.5 | 0.631 | 0.535 |
| Hayır | 76 | 72.1±3.8 | | |
| Bıraktım | 10 | 70.8±2.8 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 14’de ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamalarının sigara kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında; sigara kullanmayan hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları daha yüksek (72.1±3.8) olduğu bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Hastalığın Yaşamı Olumsuz Yönde Etkileme Durumu İle Karşılaştırılması

| Hastalığın Yaşamı Olumsuz Yönde Etkileme Durumu | n | Ort.± SD | t | p |
|--|----------|-----------------|----------|----------|
| Evet | 49 | 71.7±3.6 | -0.732 | 0.466 |
| Hayır | 45 | 72.2±3.6 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 15’de ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamalarının hastalığın yaşamı olumsuz yönde etkileme durumuna göre karşılaştırıldığında; hastalığın yaşamını olumsuz yönde etkileyen hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları daha düşük (71.7±3.6) bulunmuştur, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Diyet Uygulama Durumu İle Karşılaştırılması

| Diyet Uygulama Durumu | n | Ort.± SD | t | p |
|------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------|
| Evet | 74 | 72.4±3.3 | 2.769 | 0.007 |
| Hayır | 20 | 70.0±3.9 | | |

Ort. Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 15’de ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamalarının hastaların diyet uygulama durumlarına göre karşılaştırıldığında; diyetine uyum sağlayan hastaların sağlamayanlara göre ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diyete uyum sağlayan hipertansiyonlu hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik uyum düzeyleri de artmaktadır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Hipertansiyonlu Hastaların Teşhis Süresi, Tedavi Görme Süresi, SKB, DKB Ortalamaları İle İlaça Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=94)

| | Toplam Skor |
|--|---------------------|
| Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı | =0.064 p=0.541 |
| Tedavi Görme Süresi | = 0.067 p= 0.519 |
| SKB | = -0.093 p=0.371 |
| DKB | = -0.003 p=0.979 |

SKB: Sistolik kan basıncı; **DKB:** Diyastolik Kan Basıncı; **Ort:** Ortalama; **SD:** Standard Deviation (Standart Sapma).

Tablo 17’de Hipertansiyonlu bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçek puanları ile hastaların teşhis süresi, tedavi görme süresi, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Hipertansiyonlu bireylerin hastalık ile ilgili özelliklerinin (teşhis süresi, tedavi süresi, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ortalamaları) öz-etkililik düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu araştırma Esansiyel Hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek ve uygulamada rehber olacak hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma grubuna Eylül 2009- Mart 2010 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniği'ne başvuran en az 1 yıl önce hipertansiyon tanısı alan ve tedavi gören görüşmeye istekli herhangi bir iletişim sorunu olmayan 94 hasta alınmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- Kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler,
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca uyum ile kişisel özelliklerinin karşılaştırılması,
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca uyum ile hastalığa ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Araştırmaya katılan grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 71.9 ± 3.6 olarak bulunmuştur. Hacıhasanoğlu'nun (2) çalışmasında eğitim öncesinde öz-etkililik puan ortalaması 55.30 ± 7.57 olarak bulunmuştur. Puan arttıkça ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyi de artmaktadır. Çalışma grubumuzun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Thomas ve ark.'larının (55) çalışmasında antihipertansif ilaç tedavisine uyumun öz-etkililikle ilişkisi olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hipertansiyonlu bireylerin yaş ortalaması 57.7 ± 10.2 olduğu, çocuk sayısı ortalamasının 2.3 ± 0.78 olduğu, yarıdan fazlasının kadın (%53.2) olduğu, çoğunluğunun evli olduğu (%94.7), %43.6'sının eşi ve çocukları ile yaşadığı, %38.3'ünün emekli olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Ülkemizde kadınlarda hipertansiyon sıklığı erkeklerden daha yüksektir. 2001-2002 TEKHARF çalışmasında hipertansiyon sıklığı kadınlarda %49.1 olarak belirlenmiştir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında Türkiye genelinde yaptığı Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda ise hipertansiyon prevalansı kadınlarda %36.1 olarak bulunmuştur (8,9).

Irmak Z. ve ark.'larının (41) bir eğitim programının hipertansiyon tanısı alan hastaların yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada %64.4'nün kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir.

Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 57.7 ± 10.2 'dir (Tablo 3). Eryoncu ve ark.'larının (29) yaptığı çalışmada Van ili ve yöresinde yaşayan 100 hipertansif hastanın 62'si kadın, 38'i erkek ve yaş ortalaması 56 ± 13 olarak bulunmuştur. Irmak ve ark.'larının (41) çalışmasında yaş ortalaması 51.0 ± 9.9 olarak bulunmuştur.

Demirezen'nin (4) "Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türkler'de İlaç Tedavisine Uyum" başlıklı tez çalışmasında Türkiye'de yaşayan grubun yaş ortalaması 59.35 ± 10.35 (35-85 yaş), Almanya'da yaşayan grubun yaş ortalaması ise 58.01 ± 8.08 (35-77 yaş) olarak belirlenmiştir.

Hastaların yarısından çoğunun antihipertansif ilaç aldığı (%67), %57.4'ünün daha önce hastanede yattığı, çoğunluğunun (%84) ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunduğu, hipertansiyonlu bireylerin büyük bir oranla (%94.7) düzenli sağlık kontrollerini yaptırdığı,

yarısının (%48.9) altı ayda bir kez hastaneye başvurduğu ve %78.7'inin hastalığına uyum sağladığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Hipertansif hastaların çoğunluğunun (%79.8) kan basıncının yükseldiğini, %39.4'ü yükselme nedenlerinin sinirlilik ve üzüntü olduğunu ifade ettiği, %12.2'sinin baş ağrısı ve ense ağrısı çektiği, hastaların yarısının (%55.3) ilave kronik sağlık sorunu olduğu ve bunların başında hiperlipidemi (%32.7), diyabet (%25) geldiği, günlük kullanılan ilaç sayısı ortalaması 4.06 ± 2.79 olduğu, yarısının düzenli egzersiz yaptığı (%52.1) ve yürüyüşü tercih ettiği %64.9'unun düzenli uykusu olduğu ve uyku saati ortalamasının 6.48 ± 1.46 olduğu, çoğunluğunun (%80.9) sigara kullanmadığı, vakaların yarısının (%52.1) hastalığın yaşamlarını olumsuz etkilediği, çoğunluğunun diyete uyduğu (%78.7), uyguladıkları diyet türü olarak tuzsuz (%31.9), diyabetik (%18.1) diyetin yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Hipertansiyonun tedavi ve kontrolünün sağlanması hastanın tedavi rejimine ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu ile sağlanacaktır. Uyumu attırmanın yollarından biride tedavi stratejilerine hastanın katılmasıdır.

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARIN İLACA UYUM İLE KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Esansiyel hipertansiyonlu bayan hastalarla erkek hastalar arasında ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Hacıhasanoğlu'nun (2) "Birinci Basamakta Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim ve Evde İzlemin İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi" başlıklı tez çalışmasında araştırma sonuçlarına göre deney grupları ve kontrol grubu hipertansiflerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, yaşadıkları aile tipi, ekonomik durum, hipertansiyon dışında kronik bir hastalığının olması, ilaçlarını düzenli, düzensiz kullanma durumları açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda hipertansiyonlu bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik durumu ile yaş, ekonomik durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Tablo 8).

Bizim çalışmamızda cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamasının puan ortalamalarının birbirine yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların eğitim durumları ile ilaca uyum öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Yanık'ın (4) "Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasında %58.7'sinin ilk-orta öğretim mezunu olduğu belirlenmiş ve çalışmada eğitim düzeyi arttıkça öz-yeterlilik düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Eryoncu'nun (29) çalışmasında Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların eğitim düzeylerinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Cingil ve ark.'larının (43) 194 hipertansif hasta üzerinde yaptığı çalışmada %50.5'nin ilkokul düzeyinde eğitim aldığı ve hipertansif bireylerin mutlaka eğitilmesi gerektiği belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumlarının ilaca uyum öz-etkililik düzeylerini etkilememesini puan ortalamalarının birbirine yakın olmasına, vaka sayısına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Emekli hipertansif hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı, çalışan ve ev hanımı hipertansif hastalara göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Ergün ve ark.'ları (45) tarafından yapılan çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hipertansif hastaların kişisel özellikleri ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamasını vaka sayısının yetersizliğine ve puan ortalamalarının birbirine yakın olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARIN İLACA UYUM İLE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hipertansif hastaların hastanede yatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Hipertansiyonlu hastaların ailede hipertansiyon öyküsü ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 10).

Yapılan çalışmalarda pozitif aile öyküsünün esansiyel hipertansiyonda etkin olduğu, anne ya da babadan biri hipertansif ise çocuklarında hipertansiyon gelişme riskinin iki kat arttığı saptanmıştır (46,47). Hipertansiyonun gelişimine etki eden faktörler arasında aile öyküsü %30 ile %60 oranında etkilemektedir.

İlave sağlık problemi olan esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı, olmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 71.9 ± 3.6) (Tablo 11).

Düzenli egzersiz yapan hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamaları daha yüksek 72.4 ± 3.3 olduğu, ancak arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 12).

Düzenli uykusu olan hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı, düzenli uykusu olmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15).

Sigara kullanmayan esansiyel hipertansiyonlu hastaların kullanan ve bırakan hastalara göre ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14).

Shea ve ark.'larının (54) Afrikalı Amerikan /İspanyol hastalar üzerinde yaptığı bir araştırmada sigara içen hastaların hipertansiyon tedavisine uyum sağlamadığı bildirilmiştir.

Irmak ve ark.'larının (41) yaptığı çalışmada eğitim programı sonrasında hastaların düzenli egzersiz yapma ve diyetine uyma oranlarında önemli bir artış olduğu ve sigara içme oranında ise bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Bell ve Kravitz'in (56) hipertansiyonlu hastalara yönelik hekimler tarafından yapılan danışmanlık sonucunda hastaların tedaviye uyumunu değerlendirdiler ve uzun vizitlerle yaşam şekli değişiklikleri anlamlı idi. Hipertansiyonlu hastaların yaşam şekli değişiklikleri hakkında verilen bilgilerin faydalı olduğu bildirildi.

Bell ve Kravitz'in (56) yaptığı çalışmada hekimler tarafından verilen danışmanlık eğitiminin ilaç tedavisine uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmede önemli olduğu bildirilmiştir

Hipertansiyonlu bireylerin hastalığın yaşamını olumsuz yönde etkilemeyenlerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerinin daha iyi olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 15). Tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine (diyet gibi) uyum sağlayan hastaların yaşam da olumsuz etkilenmediği, günlük yaşamlarına daha iyi adapte olabildikleri söylenebilir.

Çalışmada diyetine uyum sağlayan esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca bağlılık/öz-etkililik düzeylerinin, diyetine uyum sağlamayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Ölmez'in (49) "Hipertansiyonlu Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma" başlıklı tez çalışmasında hipertansiyonlu hastaların %10'na sadece ilaç tedavisi uygulanmış, %90'na ise ilaç tedavisi ile birlikte tuzsuz diyet uygulanmıştır. Hastaların %90'ı alınan bu diyeti uyguladığı saptanmıştır. Diyeti uygulamayan hipertansiyonlu hastaların %60'ı alışamadıkları için ve %40'ı da ilaç kullandığından özel bir diyet gerektirmediğini düşündüğü için bu diyeti uygulamadıkları belirlenmiştir.

Shea ve ark.'larının (54) Afrikalı Amerikan /İspanyol hastalar üzerinde yaptığı bir araştırmada genç yaşta hastaların hipertansiyon tedavisine uyum sağlamadığı bildirilmiştir.

Hastalığına uyum sağlayan bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve sigara, alkol, egzersiz, diyet (tuzsuz) gibi yaşam şekli değişikliklerini daha kolay gerçekleştirebildiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsediği ve buna bağlı olarak hastalığa, ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerinin arttığı söylenebilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Esansiyel hipertansiyon tanısı olan bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek ve uygulamada rehber olacak hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan toplam 94 esansiyel hipertansiyonlunun %53.2'sini kadın, %46.8'ini erkek bireyler oluşturmaktadır.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması 57.7 ± 10.2 olup, %94.7'si evlidir.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların %60.7'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 71.9 ± 3.6 olup iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Grubun %57.4'ü ameliyat geçirmemiş olup, %27.7'sinin cerrahi hastalıklar nedeniyle hastaneye yatırılmıştır.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların %98.7'sinin hipertansiyon kontrollerini düzenli olarak sağlık merkezinde sürdürdükleri belirlenmiştir.
- Grubun %78.7'sinin hastalığına uyum sağladığı belirlenmiştir.
- Esansiyel hipertansiyonun grubun %52.1'inin yaşamını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların kan basınçlarının yükselmesine sinirlilik ve üzüntünün neden olduğu belirlenmiştir.
- Grubun kullandığı ilaç sayısı ortalaması 4.06 ± 2.79 olarak belirlenmiştir.

- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların %52.1'inin düzenli egzersiz yaptığı, %64.9'nun düzenli uyku uyuduğu, %80.9'unun sigara kullanmadığı belirlenmiştir.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların cinsiyet, eğitim, çalışma durumu gibi kişisel özellikleri ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerini etkilememiştir.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların hastanede yatma durumu, aile öyküsü, eşlik eden hastalık, egzersiz yapma durumu, düzenli uyku durumu, sigara kullanımı, hastalığın yaşamı olumsuz yönde etkileme durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerini etkilememiştir.
- Diyetine uyum sağlayan esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların hastalığın teşhis edilme zamanı, tedavi süresi, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

ÖNERİLER

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalığına uyum sağlayan bireylerin yaşam şekli değişikliklerini daha kolay gerçekleştirebilmesi, yaşam kalitesini arttırması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ve buna bağlı olarak ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerinin artması, tedavinin başarı ve sürekliliği için esansiyel hipertansiyonlu birey ve ailesinin güçlendirilmesi konusunda sürekli eğitim ve danışmanlık sağlanması önerilir,
- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların diyetine uyumunu sağlamada diyetisyen ve v.b diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği içinde hastalığa özel/uygun diyet programları hazırlanması,

- Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaca bağıllık/uyum öz-etkililik düzeylerini etkileyen diğer faktörleri belirlemek amacıyla kanıta dayalı hemşirelik bakım uygulamaları doğrultusunda daha fazla sayıda vaka grupları ile karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, esansiyel hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç tedavisine uyum/öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek ve uygulamada rehber olacak hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

Çalışma, Eylül 2009- Mart 2010 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniği'ne başvuran örnekleme alınma kriterlerine uygun 94 esansiyel hipertansiyonlu hastalar ile gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; esansiyel hipertansiyonlu hastaların kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin yer aldığı hasta bilgi formu ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanıldı.

Verilerin istatistiksel analizinde yüzde hesaplama, ortalama, student t test, tek yönlü ANOVA testleri ve değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $P<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması 57.7 ± 10.2 'dir. Çalışmaya katılanların %53.2'si kadın, %94.7'si evli, %58.7'si ilkokul ve altı mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 71.9 ± 3.6 olarak belirlenmiştir. Çalışma grubunun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamaları iyi düzeydedir.

Hipertansif hastaların kişisel özellikleri (cinsiyet, eğitim durumu v.b) ve hastalığa ilişkin özellikleri (eşlik eden hastalık, hastanede yatma durumu v.b) ile ilaca bağlılık/öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Diyete uyum sağlayan esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyleri diyete uyum sağlamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşireler, esansiyel hipertansiyonlu bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerini etkileyen kişisel ve hastalıkla ilişkili özelliklerini göz önünde bulundurarak, öz-etkililik düzeylerini arttırmaya, desteklemeye yönelik hemşirelik bakımı planlamalı ve uygulamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Esansiyel hipertansiyon, ilaca bağlılık, uyum, öz-etkililik, hemşirelik bakım

DETERMINATION OF MEDICAL TREATMENT ADHERENCE, SELF-EFFICACY LEVELS AND CARE REQUIREMENTS OF PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

SUMMARY

This cross-sectional study was planned in order to evaluate also to self efficacy levels of the patients with essential hypertension and the affecting factors and determine the nursing care requirements which will be a guide in practice.

This study was carried out with 94 patients with essential-hypertension suitable for sampling criterias who consulted to Trakya University Medical Faculty Training and Research Hospital Department of Internal Diseases Outpatient Clinic of Hypertension between 2009 September and 2011 March. Data were collected by using patient information form which includes personal and essential hypertension –related characteristics and Self-Efficacy Scale for Adherence/Adaptation to Medical Treatment.

Data were analysed by percentage, mean, student t test, one way ANOVA test and Spearman correlation analysis was used to examine the relations between variables. $P < 0.05$ value was considered as statistically significant.

The mean age of the patients with essential hypertension was 57.7 ± 10.2 . It was determined that %53.2 of the study group was female, %94.7 was married, %58.7 had primary school or lower graduates. It was determined that the adherence to medication/Adaptation self-efficacy mean point of the study group was 71.9 ± 3.6 . The adherence to medication/ Adaptation self-efficacy mean point of the study group is on a good level.

It was determined that there is no significant statistical difference between personal characteristics of the hypertensive patients and adherence to medication/self-efficacy

It was found out that Adherence/Adaptation and Self- Efficacy levels of the patients with essential-hypertension who complied with adapted their diet are higher compared to the patients who were did not comply with their diet.

Nurses should take into consideration the personal and essential hypertension-related characteristics of the patients with essential hypertension affecting the levels of adherence to medication/self-efficacy levels of the patients with essential hypertension while planning and implementing nursing care plans that would support and improve self efficacy.

Key Words: Essential hypertension, adherence to medication, adaptation, self-efficacy, nursing care.

KAYNAKLAR

1. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull 2009;8(12):167-172.
2. Hacıhasanoğlu R. Birinci Basamakta Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim Ve Evde izlemin İlaça Uyum Ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi (tez). Atatürk Üniversitesi; Erzurum, 2007.
3. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. Erzincan Üniv SYO. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):153-164.
4. Demirezen E. Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türklerde İlaç Tedavisine Uyum (tez). İstanbul Üniversitesi; İstanbul, 2006.
5. Tek Harf Çalışması. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu 2000. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>. erişim: 17.10.2010.
6. Kimya Y, Çil E, Heper C. Multidisipliner Kardiyoloji, 2004; 251-299.
7. Akdemir N. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım. Akdemir N, Birol L. İÇ Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005;471-476.
8. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri. http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf. erişim tarihi: 13.03.2011.
9. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, ergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği; 2003.
10. Göçgeldi E, Babayiğit AM, ve ark. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50(3):172-179.

11. Özcan N. Hipertansiyon. Özkan Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara. 2001;15-17.
12. Zungur M, Yıldız A. Hipertansif Hastaya Yaklaşım. Sted Derg 2004; 13(8):297–304.
13. Thomas G, Pickering. Beyaz Önlük Hipertansiyonu. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri; 2004;296-298.
14. Julian DG, Cowan JC, McLenachan JM. Cardiology. Tercüme: Cin G. Kardiyoloji. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi; 2003;321-337.
15. Tuna S. Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine Başvuran Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı Faktörleri İle Hipertansiyonları Arasındaki İlişkinin Saptanması (tez). İstanbul Üniversitesi; İstanbul, 1995.
16. Kaplan M.N. Klinik Hipertansiyon. 8. Baskı. İstanbul: Turgut Yayınevi; 2003.
17. Akdemir N. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005;471-476.
18. Gözüm S, Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi HYOu Dergisi; 1999; (2):21-34.
19. Büyüköztürk K, İlerigelen B, Kabakçı G, Koylan N, Kozan Ö, Türkiye'deki Hipertansiyon Hastalarının Risk Profillerinin Belirlenmesine Yönelik Geniş Ölçekli Bir Çalışma:İ.C.E.B.E.R.G. Çalışması. Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2004;32(6).
20. Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon Ve Yaşam Kalitesi. Derleme. <http://www.universite-toplum.org/text>. Erişim:06.05.2010.
21. Ferdinand K. Siyah Irkta Hipertansiyon. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3. baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi; 2004.
22. Landsberg L. Obezite. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3. baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi; 2004.
23. Elliott P. Tuz ve Kan Basıncı. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3. baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi; 2004.
24. Cushman W. Alkol Kullanımı ve Kan Basıncı. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3. baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi; 2004.

25. Appel L. Kalsiyum, Magnezyum, Ağır Metaller Ve Kan Basıncı. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3.baskı. İstanbul.Nobel Kitabevi; 2004.
26. Simons DG. Fiziksel Aktivite Ve Kan Basıncı. Primer Hipertansiyon. Ed.İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3.baskı. İstanbul.Nobel Kitabevi; 2004.
27. Hill M, Miller NH. Antihipertansif Tedaviye Uyum. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3.baskı. İstanbul.Nobel Kitabevi; 2004.
- 28.Adherence to long term therapies, Evidence For Action, World Health Organization 2003. http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_introduction.pdf, Erişim 01.08.2011.
- 29.Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ.Van İli Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi. 1999;6(4):11-14.
30. Ogedegbe G, Mancus CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensiv e African-American patients. Journal of Clinical Epidemiology. 2003; (56):520-529.
31. Gözüm S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherenee self-efficacy scale in hypertensive patients. European Journal of Cardiovascular Nursing. (2008) (InPress).
32. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar,Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu.2.Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları; 2007;59-68.
33. Miller, NH. Ve Hill, M. Doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla hipertansiyon tedavisi. Editörler: Joseph L. Izzo, Henry R. Black. 3. Baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi; 2004.
34. Hipertansiyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara. 2003;37-44.
35. Ibrahim MM. Management of hypertension in Egyptb and developing countries. 2003.
36. Gökdoğan F. Hipertansiyon. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007;245-250.
37. Durna Z, Akın S, Özdiilli K. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Ed. Duran Z. 1.Baskı. İstanbul. Cinius Yayınları; 2009.
- 38.Alpar E.Sağlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi Ve Hemşirenin Rollerini. Hemşirelik Bakımında İlke Ve Uygulamalar. Ed. Sabuncu N. İstanbul: Kalkan Matbaası; 2008;39-47.

39. Sabuncu N. Özhan F. Yaşam Bulguları. Hemşirelik Bakımında İlke Ve Uygulamalar. Ed. Sabuncu N. İstanbul: Kalkan Matbaası; 2008;211-250.
40. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, *JAMA*, 2003;(289):2560-2572.
www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm. Erişim:14.06.2011
41. Irmak Z. ve ark. Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;39-47.
42. Yanık Tekin Y. Tip2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Tez). Edirne: Trakya Üniv; 2011.
43. Cingil D. Delen S. Aksuoğlu A. Karaman İl Merkezinde Yaşayan Hipertansiyon hastalarının İlaç Kullanım Durumlarının ve Bilgilerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* 2009;37(8):551-556
44. Kara B. Uzun Ş. Yokuşoğlu M. Uzun M. The Effect of Medicine Knowledge on the Methods Applied for Lowering Blood Pressure in Patients With Hypertension. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(3):231-238
45. Ergün Özer Güney U. Yıldırım Y.M. Alparlan N. Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında Sosyo-Ekonomik Düzey Farklılığı ve İlaç Uyuncu. *Türk Aile Hek. Derg* 2002;6(4):165-171
46. Carretero OA. Oparil S. Essential Hypertension Part I. Definition an Etiology. *Circulation* 2000;101:329-335
47. Yalçın MB. Yalçın E. Esansiyel Hipertansiyonda Genetik Etmenler. *Sted Dergisi*. 2004; 13(1):9-11
48. Sağlam M. Boşnak Güçlü M. İnal İnce D. Savcı S. Arıkan H. Hipertansiyon ve Egzersiz. Ankara. Klasmat Matbaacılık. 1. Baskı. 2008;7-12
49. Ölmez T. Hipertansiyonlu Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma (Tez). Hacettepe Üniversitesi; Ankara, 2007.
<http://www.belgeler.com/blg/1ejh/hipertansiyonlu-hastalarin-beslenme-durumlarinin-degerlendirilmesine-yonelik-bir-arastirma-a-study-for-evaluating-nutritional-status-of-hypertension-patients>. Erişim:17.09.2011
50. Bakoğlu E. Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(1):41-49
51. Ünsar S. Yaşlılıkta Hipertansiyon ve Hemşirelik Bakımı. Onuncu Ulusal Geriatri Kongresi. Çeşme/İzmir; 2011.

52. JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication, 2003, No.03.
53. Williams G.H. assessing patient wellness; new perspectives on quality of life and compliance. *American Journal Of Hypertension* 1998;(11):186-91.
54. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of Nonadherence to Hypertension Treatment in an Inner-City Minority Population. *American Journal of Public Health*, Vol.82, Issue 12 1607-1612, Copyright 1992 by American Public Health Association.
55. Criswell J Thomas, Weber AC, Xu Y, Carter LB. Effect of Self-Efficacy and Social Support Antihypertensive Drugs. 2010.*Pharmacotherapy: Volume 30, Issue*, pp. 432-44. Doi:10.1592/phco.30.5.432
56. Bell RA, Kravitz RL. Physician Counseling for Hypertension: What Do Doctors Really Do?. *Patient Education and Counseling* 2008;(72):115-121.

TABLolar DİZİNİ

| <u>TABLolar</u> | <u>SAYFA</u> |
|---|---------------------|
| Tablo 1. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) 2003 Kan Basıncının Sınıflanması..... | 4 |
| Tablo 2. JNC-7'ye GÖre Kan Basıncının Sınıflanması..... | 4 |
| Tablo 3. Hastaların Kişisel Özelliklere GÖre Dağılımı..... | 31 |
| Tablo 4. Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 5. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Cinsiyete GÖre Karşılaştırılması..... | 38 |
| Tablo 6. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumlarına GÖre Karşılaştırılması..... | 38 |
| Tablo 7. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Hastaların Çalışma Durumuna GÖre Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 8. Hipertansiyonlu Hastaların Yaş, Eğitim Durumu, Ekonomik Durum, Çocuk Sayısı ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçek Puanları Arasındaki İlişki..... | 40 |
| Tablo 9. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumu İle Karşılaştırılması..... | 41 |
| Tablo 10. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Aile de Hipertansiyon Varlığına GÖre Karşılaştırılması..... | 41 |
| Tablo 11. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Eşlik Eden Hastalık Durumu İle Karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo 12. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumu İle Karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo 13. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Düzenli Uyku Durumu İle Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo 14. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumu İle Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo 15. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Hastalığın Yaşamı Olumsuz Yönde Etkileme Durumu İle Karşılaştırılması..... | 44 |

| | |
|--|----|
| Tablo 16. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Diyet Uygulama Durumu İle Karşılaştırılması..... | 44 |
| Tablo 17. Hipertansiyonlu Hastaların Teşhis Süresi, Tedavi Görme Süresi, SKB, DKB Ortalamaları İle İlaça Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçek Puanları Arasındaki İlişki..... | 45 |

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Edirne’de doğan Özge VATANSEVER ilk, orta, lise öğrenimini Edirne’de tamamladı. 2002 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde başladığı eğitimini 2006 yılında tamamladı ve Hemşire ünvanı aldı. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar servisinde hemşire olarak göreve başlamış ve halen bu görevini sürdürmektedir. Eylül 2009 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır, evlidir.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

Ek 2. Hasta Bilgi Formu

Ek 3. İlaça Bağılılık/Öz-etkililik Ölçeği

EK - 1

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|------------------|---|
| ETİK KURULUN ADI | EDİRNE KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| AÇIK ADRES | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Bilimler Binası D1 Blok 3. Kat Balkan Yerleşkesi 22030 EDİRNE |
| TELEFON | 284. 235 73 73 |
| FAKS | 284. 235 73 73 |
| E-POSTA | edirneetikkurul@trakya.edu.tr |

| | | | | |
|-------------------|--|---|--|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU | EKAEEK 2009/09 | | |
| | EUDRACT NUMARASI | | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI | Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Hemşirelik | | |
| | KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI | | | |
| | KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI | | | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu AD Edirne | | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ | Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu AD Edirne | | |
| | BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI | Edirne Klinik Araştırmalar Etik Kurulu | | |
| | DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ | Araştırmacıların Kendileri Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu AD Edirne | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ | | | |
| | UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI | UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> | AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | |
| | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | |
| | FAZ 4 | <input type="checkbox"/> | |
| | BE/BY | <input type="checkbox"/> | |
| | DIĞER | <input type="checkbox"/> | Diğer ise belirtiniz: |
| | İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA | <input checked="" type="checkbox"/> | Belirtiniz: Müdahalesiz |

| | | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | 26.10.2009 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | ARAŞTIRMA BROŐURÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |

| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | | Açıklama |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input checked="" type="checkbox"/> | Araştırmacıların Kendileri |
| | SIGORTA | <input type="checkbox"/> | |
| | HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ | <input type="checkbox"/> | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | |

EK - 2

| | | |
|-----------------|--|-------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 09 | Tarih: 04.11.2009 |
| | Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Hemşire Özge TAŞKAN'ın tez çalışmasının klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin araştırmacıların kendileri tarafından karşılanması koşuluyla gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir. | |

| |
|----------------------|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ |
|----------------------|

| | |
|---------------|---|
| ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP |
|---------------|---|

| |
|--|
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ |
|--|

| |
|--------------------|
| ETİK KURUL ÜYELERİ |
|--------------------|

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | İlişki * | | Katılım ** | | İmza |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------|
| | | | E | K | E | H | E | H | |
| Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ | Farmakoloji | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA | Deontoloji | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Gökhun İnan YÜCEL | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Özel Ekol Hastanesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ | İç Hastalıkları Nefroloji Uzm. | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Çağatay Yalçın AYDINER | Çocuk Cerrahisi | Edirne Devlet Hastanesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Emine ÖZÇELİK | Biyokimya | Edirne Devlet Hastanesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Ecz. Tuğçe KARAKUŞ | Eczacılık | Serbest Eczacı | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Nurettin AYDOĞDU | Fizyoloji | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN | Biyostatistik | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Av. Gülден ATILLA ÖZTÜRK | Hukuk | Trakya Üniversitesi Rektörlüğü | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Mimar Özcan TOPSEL | Mimar | Serbest Mimar | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

HASTA BİLGİ FORMU

Bu anket formu Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi amacıyla düzenlenmiştir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

I.KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. **Hasta Adı Soyadı:**
2. **Yaşadığı Yer:** 1() Köy 2() İlçe 3() İl 4() Yurt Dışı
3. **Tlf No:**
4. **Protokol No :**
5. **Yaş:**
6. **Cinsiyet:** 1()Bayan 2()Erkek
7. **Eğitim Durumu:**
1() Okur-yazar değil 2() Okur-Yazar 3() İlk-Orta Öğretim
4() Lise 5() Üniversite
8. **Meslek:**
1() Çalışmıyor 2() Memur 3() Serbest Meslek
4() Emekli 5() İşçi 6() Çiftçi
9. **Sosyal Güvence:** 1()Emekli sandığı 2() SSK 3()Bağ kur
4()Yeşil kart 5() Diğer 6()Yok
10. **Ekonomik Durumunuz:** 1() Muhtaç durumdayım 2() Ancak geçinebiliyorum
3() Orta Derecede iyi 4() İyi 5() Çok iyi
11. **Medeni Durum:**
1() Evli 2() Bekar 3() Dul 4() Boşanmış
12. **Çocuk Sayısı:**
13. **Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?**
1() Yalnız Yaşıyorum 2() Arkadaşlarımla Yaşıyorum 3() Eşimle
4() Çocuklarımla 5() Eşim ve Çocuklarımla 6()Diğer.....
14. **Aile tipiniz:** 1() Geniş aile 2() Çekirdek aile 3() Parçalanmış aile 4() Diğer
15. **Boyunuz:**
16. **Kilonuz:**.....
17. **BKİ:**
18. **Bu sabah antihipertansif ilaç aldınız mı?**
1() Evet 2() Hayır
19. **Kan basıncı I.....**
20. **Kan basıncı II.....**
- II. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER
21. **Tıbbi Tanı:**
22. **Kaç yıldır/aydır hipertansiyon hastasıınız?.....**
23. **Kaç yıldır/aydır hipertansiyon tedavisi görüyorsunuz?.....**
24. **Hastaneye hiç yattınız mı?**
1() Evet 2() Hayır
25. **Cevabınız Evet ise ise nedeni?.....**
26. **Geçirdiğiniz bir ameliyat var mı?:**
1() Evet (Evet İse Kaç Kere:) 2() Hayır

27. Cevabınız Evet ise ne ameliyatı geçirdiniz?.....

28. Ailenizde Sizinle Aynı Hastalığı Olan Hasta Var Mı?:

1() Evet(.....) 2() Hayır

29. Sağlık Kontrollerinizi Düzenli Yaptırıyor Musunuz?

1() Evet 2() Hayır 3() Bazen

30. Hipertansiyon Kontrolünüzü Ne Sıklıkta Sürdürmektesiniz?

1() Üç ayda bir kez 2() Altı ayda bir kez 3() Yılda bir kez 4() Diğer

31. Tıbbi bilgi alabileceğiniz gerekli kaynaklara ulaşabiliyor musunuz?:

1() Evet 2() Hayır

32. Hastalığa uyum sağlayabildiniz mi?

1() Evet 2() Hayır

33. Tansiyonunuzun yükseldiğini hissediyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır 3() Bazen

34. Genellikle ne zaman tansiyonunuz yükseliyor?

1() Sinirlilik 4() Üzüntü
2() Heyecan 5() Kuruntu 7() Diğer.....
3() İlaç almayı unutma 6() Endişe

35. Tansiyonunuz yükseldiğinde ne gibi şikayetleriniz

oluyor?.....

36. Mevcut hastalığınıza eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?

1() Evet 2() Hayır

37. Hipertansiyon dışında mevcut hastalık durumu?.....

38. Hipertansiyon tedavisi için kullanılan ilaç/ilaçlar ve sıklıkları nelerdir?

1() ACE inhibitörleri 5() Diüretik
2() Beta blokerler 6() Diğer.....
3() Angiotensin reseptör blokerleri
4() Kalsiyum kanal blokerleri

39. Günde toplam kaç tane ilaç alıyorsunuz?.....

40. İlacın/ilaçların alınma durumu?

1() Düzenli(her gün) 2() Düzensiz

41. Cevabınız düzensiz ise nedeni?.....

42. Düzenli egzersiz yapar mısınız?

1() Evet 2() Hayır

43. Egzersiz türünüz nedir?

1() Yürüyüş 2() Merdiven çıkma 3() Diğer.....

44. Uykunuz düzenli mi?

1() Evet 2() Hayır

45. Günlük Ortalama Kaç Saat Uyuyabiliyorsunuz?.....

46. Sigara Kullanıyor Musunuz?

1() Evet 2() Hayır 3() Bıraktım

47. Ne Kadar Süre İle Kullandınız/ Kullanıyorsunuz?.....

48. Kullanıyorsanız Günde Kaç Adet İçiyorsunuz?(adet)

49. Alkol Kullanıyor Musunuz?

1() Evet 2() Hayır 3() Bıraktım

50. Kullanıyorsanız ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

1 () Her Gün 2 () Haftada 1-2 kadeh 3 () Ayda 1-2 kadeh 4 () Diğer.....

51. Hipertansiyon (İş/aile) yaşamınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

1 () Evet 2 () Hayır

52. Hastalığa özel bir diyetiniz var mı?

1 () Evet 2 () Hayır

53. Nasıl bir diyetiniz var? 1 () Kardiyak 2 () Tuzsuz 3 () Diyabetik

EK-3

İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

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

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

TANSİYON İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

| | Hiç Emin | Değilim | Biraz Eminim | Çok Eminim |
|---|----------|---------|--------------|------------|
| 1.Evde meşgul olduğunuzda | () | () | () | |
| 2.İşte olduğunuzda | () | () | () | |
| /sizi meşgul eden bir şeyle uğraştığınızda | | | | |
| 3.Size hatırlatacak birisi olmadığında | () | () | () | |
| 4. Bundan sonraki yaşamınızda ilaçları alma konusunda endişeye düştüğünüzde | () | () | () | |
| 5.Yan etkileri olduğunu fark ettiğinizde | () | () | () | |
| 6. Fiyatları çok yükseldiğinde | () | () | () | |
| 7. İşten eve geç geldiğinizde | () | () | () | |
| 8. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde | () | () | () | |
| 9. Ailenizle beraber olduğunuzda | () | () | () | |
| 10.Topluma açık yerlerde bulunduğunuzda | () | () | () | |
| 11.Bağımlılık yapabileceğinden korktuğunuzda | () | () | () | |
| 12.Cinsel gücünüzü etkileyebileceğinden endişe ettiğinizde | () | () | () | |
| 13. Öğünler arasında almanız gerektiğinde | () | () | () | |
| 14. İhtiyacınız olmadığını hissettiğinizde | () | () | () | |
| 15. Seyahatlerde | () | () | () | |
| 16. Günde birden fazla almanız gerektiğinde | () | () | () | |
| 17. Sizi bazen halsiz bitkin duruma düşürdüğünde | () | () | () | |

18. Sizde baş dönmesine sebep olduğunda () () ()
19. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde () () ()
20. Kendinizi iyi hissettiğinizde () () ()
21. Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda () () ()

**AŞAĞIDA SIRALANAN İŞLEMLERİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN
NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ**

- | | Hiç Emin
Değilim | Biraz
Eminim | Çok
Eminim |
|---|---------------------|-----------------|---------------|
| 22. İlaçlarınız bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan | () | () | () |
| 23. Fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri yazdıracağınızdan | () | () | () |
| 24. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan | () | () | () |
| 25. Tansiyon ilaçlarınızı almayı daima hatırlayacağınızdan | () | () | () |
| 26. Tansiyon ilaçlarınızı hayatınız boyunca alacağınızdan | () | () | () |

