



T.C.

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİYON TANISI ALAN BİREYLERİN  
HİPERTANSİYON BAKIMINI DEĞERLENDİRMELERİ İLE  
ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARI  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Gönül KARA SÖYLEMEZ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ERZİNCAN**

**2018**

**T.C.**  
**ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYON TANISI ALAN BİREYLERİN  
HİPERTANSİYON BAKIMINI DEĞERLENDİRMELERİ İLE  
ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARI  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Gönül KARA SÖYLEMEZ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı**




**Prof. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR**

**ERZİNCAN**

**2018**

## TEZ KABUL TUTANAĞI

Prof.Dr.Rabia HACIHASANOĐLU AŐILAR danıŐmanlıĐında, 15780101001 nolu Yůksek Lisans ۆĐrencisi Gۆnůl KARA SŐYLEMEZ tarafından hazırlanan bu çalıŐma 04.05.2018 tarihinde saat 13.<sup>00</sup> da jůrimiz tarafından oy birliĐi ile HemŐirelik Anabilim Dalı Yůksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiŐtir.04/05/2018

	Unvan Adı Soyadı	İmza
Jůri BaŐkanı	Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	
Őye	Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Őye	Dr. ۆĐr. Őyesi Serap SÖKMEN	

## TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gönül KARA SÖYLEMEZ

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR .....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ÖZET .....	vi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hipertansiyonun Tanımı .....	5
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi .....	5
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması .....	6
2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma.....	6
2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma.....	7
2.3.3. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma .....	8
2.3.3.1. Primer/Esansiyel Hipertansiyon .....	8
2.3.3.2. Sekonder Hipertansiyon.....	9
2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi.....	9
2.5. Hipertansiyonda Risk Faktörleri.....	10
2.5.1. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri .....	10
2.5.2. Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri .....	11
2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları .....	13
2.7. Hipertansiyonun Tedavisi .....	14
2.8. Hipertansiyon Yönetiminde Antihipertansif İlacı Uyumun Önemi .....	16
2.9. Hipertansiyonda Bakım ve Kronik Bakım Modeli .....	18

2.10. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü .....	24
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>28</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar .....	29
3.6. Verilerin Toplanması.....	32
3.7. Verilerin Analizi .....	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	34
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>64</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>81</b>
<b>EK 1: Hasta Tanılama Formu</b>	
<b>EK 2: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ)</b>	
<b>EK 3: İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)</b>	
<b>EK 4: Etik Kurul Kararı</b>	
<b>EK 6: Aydınlatılmış Onam Formu</b>	
<b>EK 7: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu Kullanım İzni</b>	
<b>EK 8: Tez Konusu ile İlgili Yayınlanmış Sözel Bildiri Özeti</b>	
<b>ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ .....</b>	<b>89</b>

## TEŞEKKÜR

Gerek yüksek lisans eğitimim sırasında ve gerekse bu çalışmanın her aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen, yoğunluğuna rağmen bana her zaman vakit ayıran, değerli bilgi ve tecrübeleri ile rehberlik eden danışman hocam Prof. Dr. Sayın Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a,

Değerli önerileri ile bana yol gösteren Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ'ya, Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a ve Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN'e ve verilerin toplanması sırasında yardımcı olan Karaağaç, İnönü, Fatih, Mimar Sinan ve İzzetpaşa Aile Sağlığı Merkezi çalıőanlarına, çalıőmamın veri tabanını oluőturan tüm bireylere, çalıőmalarım sırasında sabrını ve fedakarlığını hiç esirgemeyen değerli eőim Beyazıt SÖYLEMEZ'e ve oğlum Ömer Mete SÖYLEMEZ'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Gönül KARA SÖYLEMEZ

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ASM:</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>BKİ:</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>DKB:</b>	Diastolik Kan Basıncı
<b>DM:</b>	Diabetes Mellitus
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ESC:</b>	European Society of Cardiology
<b>ESH:</b>	European Society of Hypertension
<b>HinT:</b>	Hypertension Incidence in Turkey
<b>ICN:</b>	International Council of Nurses
<b>İBÖS-KF:</b>	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği-Kısa Formu
<b>JNC:</b>	Joint National Committee
<b>KB:</b>	Kan Basıncı
<b>KBH:</b>	Kronik Böbrek Hastalığı
<b>KD:</b>	Kardiyak Debi
<b>KH:</b>	Kalp Hızı
<b>KHBDÖ:</b>	Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu
<b>KOAH:</b>	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>PatenT:</b>	Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey
<b>PVD:</b>	Periferik Vasküler Direnç
<b>SKB:</b>	Sistolik Kan Basıncı
<b>SPSS:</b>	Statistical Package for Social Science for Windows
<b>SV:</b>	Stroke Volüm
<b>WHO-ISH:</b>	World Health Organization-International Society of Hypertension



## TABLolar DİZİNİ

### Tablo No

<b>Tablo 1.</b> JNC-7 Kan Basıncı Sınıflandırması.....	6
<b>Tablo 2.</b> Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımları ve Sınıflandırması.....	7
<b>Tablo 3.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler .....	33
<b>Tablo 4.</b> Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	35
<b>Tablo 5.</b> Hipertansif Bireylerin KHBDÖ Alt Boyutlar, Toplam ve İBÖS-KF'nun Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
<b>Tablo 6.</b> Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre KHBDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 7.</b> Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 8.</b> Hipertansif Bireylerde KHBDÖ ile İBÖS-KF Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	44

## ÖZET

### Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri İle Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumları Arasındaki İlişki

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte olan bu araştırma Erzincan il merkezinde bulunan beş Aile Sağlığı Merkezinde Ekim 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini ilgili aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran hipertansif bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya alma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 407 hipertansif birey alınmıştır. Veriler Hasta Tanılama Formu, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ) ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış ve hastaların kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada KHBDÖ puan ortalamasının düşük, İBÖS-KF puan ortalamasının ise iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hipertansiflerin yaş grubu, cinsiyeti, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, en son kontrole gitme zamanı, hipertansiyona ilişkin bilgi alma ve kan basıncı kontrol durumuna göre KHBDÖ puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Hipertansiflerin ekonomik durum algısı, hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi, en son kontrole gitme zamanı ve kan basıncı kontrol durumuna göre İBÖS-KF puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Ayrıca KHBDÖ puan ortalaması ile İBÖS-KF puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Sonuç:** Kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyi arttıkça antihipertansif ilaç tedavisine uyumun arttığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Hipertansiyon, İlaça Uyum, Kronik Bakım Yönetimi.

## ABSTRACT

### **The Relationship Between Evaluation of Hypertension Care and Adaptation to Antihypertensive Medication of Individuals with Diagnosis of Hypertension**

**Purpose:** The purpose of this study is to determine the relationship between evaluation of hypertension care and adaptation to antihypertensive medication of individuals with diagnosis of hypertension

**Method:** This study, which is descriptive and correlational, was carried out in five Primary Care Clinics in Erzincan city center between October 2016 and February 2017. Research population was formed by hypertensive individuals who consulted relevant Primary Care Clinics for any reason. In the study sampling choice wasn't done and 407 hypertensive individuals, who met involvement and exclusion criterion, were taken into the study. The data was collected by using patient identification form, the Patient Assessment of Chronic Illness Care- Patient Form (PACIC) and the Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form (MASES-SF) by face to face interviewing method and blood pressure, length and weight measurements of the patient were taken.

**Findings:** In the study it was identified that PACIC score average was low while MASES-SF score average was above average. A significant difference was found in PACIC score according to age group, gender, number of antihypertensive drugs used daily, last control time, getting information about hypertension and blood pressure control status of hypertensive individuals ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). A significant difference was found in MASES-SF average score according to economic situation perception, hypertension diagnosis and duration of antihypertensive drug use, last control time and blood pressure control status of hypertensive individuals ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Moreover, a weak significant positive relationship between PACIC and MASES-SF average scores was determined ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** It was concluded that the more satisfaction level increases the more adaptation to antihypertensive medication increases in terms of chronic disease.

**Key words:** Nursing, Hypertension, Adaptation to Medication, Chronic Illness Care Management.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin başta gelen sağlık sorunları arasında yer alan hipertansiyon serebrovasküler, kardiyovasküler ve renal hastalıklarla birlikte ölüm için de önemli bir risk faktörü olup, önlenemez ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada yer aldığı bilinmektedir (1,2). İnme, iskemik kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, görme bozukluğu gibi hayati organlara verdiği hasarlar ve ağır seyreden sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle de ayrıca önem taşımaktadır (3). Dünya’da 2000 yılında yetişkin nüfusunun yaklaşık 1 milyarı hipertansiyonlu iken, bu oranın 2025 yılına kadar 1.56 milyara yükseleceği öngörülmektedir (4). Türkiye’de 2012 yılında yapılan hipertansiyon prevalans çalışması (Patent2) sonuçlarına göre erkeklerde hipertansiyon prevalansı % 28.4, kadınlarda % 32.3 ve toplamda ise % 30.3 olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada tüm grupta hipertansiyon farkındalık oranı % 54.7, antihipertansif ilaç kullanım oranı % 47.5 olup, tüm hipertansif bireylerde kontrol oranı % 28.7 olarak belirlenmiştir (5). Erzincan il merkezindeki beş sağlık ocağında 40 yaş ve üzeri nüfusta yürütülen bir çalışmada hipertansiyon sıklığı % 67 olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 77.4’ünün hipertansiyon hastası olduklarının farkında olduğu ve antihipertansif tedavi aldığı, antihipertansif tedavi alan hastalarda ise kontrol oranının % 33,9 olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda Erzincan ilinde hipertansiyon sıklığının yüksek ve kan basıncı kontrol oranının yetersiz olduğu, hipertansiyonun erken teşhisi, kan basıncının kontrol altına alınması ve farkındalığın artırılmasına yönelik stratejiler geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir (6).

Kronik hastalık yönetimi kronik hastalığı olan bireylere organize, koruyucu, çok yönlü ve hasta merkezli sunulan sağlık bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Bakım, hastalığın tüm yönlerine, komplikasyonlarına, eşlik eden durumların önlenmesine, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin ilişkili yönlerine odaklanmakta ve bunlara entegre edilmektedir (7). Risk faktörlerini, yüksek riskli durumları ve hastalığı erken dönemde saptama, farmakolojik ve psikolojik girişimlerin birleşimi, uzun dönemde düzenli izlem ve tedaviye uyuma teşvike dayanan kronik hastalık yönetimi temel olarak akut bakımdan farklıdır (8). Kronik bakım ya da kronik hastalık yönetiminde bakım, tedaviden daha önemlidir ve kronik bakım, evde sağlık bakımını da kapsayan sağlık hizmetleri sunumunda farklı bir yapı gerektirir. Kronik hastalığın iyi yönetimi acile başvuruları ve hastane yatışlarını azaltmayı, hastaların bedensel ve ruhsal işlevselliğini geliştirmeyi sağlamaktadır (9). Ayrıca kronik hastalık yönetimi hastanın tedavisinden ziyade, hastanın öz yönetim becerisi kazanabilmesi için çeşitli eğitim ve öğretim yöntemleriyle güçlendirilmesini de ifade etmektedir (8,10).

Hipertansiyon yönetimi, yaşam biçimi değişikliği ve farmakolojik tedaviyi içermekte olup (1), hastanın kendi kan basıncı kontrolünü sağlaması, izlemesi ve önerilen yaşam tarzı değişikliklerini dikkate alması ile başarılı olmaktadır (11). Sağlıklı diyet, kilo kontrolü ve düzenli egzersizi de içeren yaşam biçimi değişiklikleri, kan basıncı kontrolünü iyileştirmenin yanı sıra ilaç gereksiniminin azalmasına da yardımcı olmaktadır (12). Kan basıncının kontrol altına alınmasında tedaviye uyum önemli bir faktördür. Planlanmış tedaviye uymama ise, hipertansiyon kontrolünde önemli bir engel olup, uyumsuzluk ya da düşük uyum hipertansiyonun olası komplikasyonları açısından risk taşımaktadır. Bunun yanı sıra hastaneye yatışların ve sağlık bakım

maliyetlerinin artmasına da neden olmaktadır (13). Kan basıncı kontrolünde yetersizliğe ve istenmeyen etkilere neden olan hasta uyumsuzluğunu fark etme ve anlama klinik açıdan önem taşımaktadır (14). Bireyin kendine olan güveni olarak tanımlanan öz etkililik, hipertansiyon hastalarında uyum davranışlarını açıklayan önemli bir kavram olup, öz yönetimde istenilen hedeflere ulaşmak için gereklidir (13).

Temel sağlık bakım hizmeti sunan sağlık profesyonelleri, öz yönetim becerisinin başarılı bir şekilde kazanılması için hastaları desteklemede önemli bir role sahiptirler (8,10). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), kronik hastalıkların kontrolünde hemşirelerin rollerinden birinin “kronik hastalığı olan bireylerin sağlık sorunlarını daha iyi yönetebilmek için desteklemek” olduğunu belirtmiştir (15). Hemşireler kronik hastalığı olan bireylerin tüm sağlık sorunlarını çözmek için değil, hastalık yönetim sürecinde onlara destek olmak için vardır. Hastalara tıbbi teknoloji ve uygulamaların faydasını göstermenin yanı sıra hastalık oluşumu ve zayıflıklar konusunda da hemşireler eğitim vermelidirler (9). Tüm bu nedenlerle sağlık bakım ekibi üyeleri ve hemşirelerin kronik hastalığı bulunan bireye verdikleri bakımın hastalar tarafından değerlendirilmesi, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda bakıma yön verilmesini ve kronik hastalığın kontrol altına alınmasını sağlayacaktır (16). Kronik hastalıklar içerisinde yer alan hipertansiyon yönetiminde de, kan basıncı kontrolü farklı disiplinlerden oluşan sağlık bakım ekibinin ortak çabası ve hastanın bakımına aktif katılımı ile gerçekleşmektedir (17). Aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılamamış olması bakımından bu araştırma önemli bir araştırma

olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca hipertansif bireylerin aldıkları bakımı değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi ile sağlık profesyonellerinin hipertansiyon yönetimi için sunulan hizmete ve literatüre katkı sağlaması ve oluşturulacak olan yeni stratejilere yol göstermesi bakımından da bu araştırma önemlidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

## **1.3. Araştırma Soruları**

- 1) Hipertansif bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirme düzeyi nedir?
- 2) Hipertansif bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyi nedir?
- 3) Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri hipertansiyon bakımını değerlendirmeyi etkiler mi?
- 4) Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri antihipertansif ilaca uyum öz-etkililiği etkiler mi?
- 5) Hipertansiyon bakımını değerlendirme ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililik arasında ilişki var mı?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Hipertansiyonun Tanımı**

Karmaşık ve ilişkili etiyojilerden oluşan, en fazla küresel hastalık yüküne neden olan hipertansiyon (18), kan basıncının 140/90 mmHg veya üzerinde olması ya da antihipertansif ilaç kullanma durumu olarak tanımlanmaktadır (19).

### **2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi**

Dünya çapında 2008 yılında 25 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık % 40'ında hipertansiyon belirlenmiştir. Ayrıca hipertansiyonlu bireylerin sayısı 1980'de 600 milyondan, 2008'de bir milyara yükselmiştir. Hipertansiyon sıklığı 25 yaş ve üzeri bireylerde % 46 ile en yüksek Afrika bölgesinde iken, % 35 ile en düşük sıklık Amerika'da bulunmuştur. Genel olarak yüksek gelirli ülkelerin, diğer ülkelerden daha düşük hipertansiyon sıklığına sahip olduğu bildirilmiştir (20). Son yıllarda düşük ve orta gelirli farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada hipertansiyonun genel prevalansı % 32.3 olarak bulunmuştur (21).

Türkiye'de 2003 yılında yapılan PatenT çalışması sonuçlarına göre tüm grupta hipertansiyon prevalansı % 31.8 iken (22), 2012 yılında yapılan PatenT2 çalışması sonuçlarına göre tüm grupta % 30.3'tür. Bu yıllar arasında hipertansiyon sıklığında önemli bir değişiklik olmamasına rağmen istatistiksel açıdan hipertansiyon farkındalık, tedavi ve kontrol oranlarında iyileşme kaydedilmiştir (5). Ayrıca Türkiye'de yapılan hipertansiyon insidans çalışması (HinT) verilerine göre dört yıllık hipertansiyon insidans oranı % 21.4 olup, 65 yaş üzeri bireylerde bu oranın % 43.3 ile en yüksek düzeye ulaştığı bildirilmiştir (23).



### 2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun sınıflandırılması aslında nitel özelliğindedir. Ancak tanı ve tedavide kolaylık sağlaması açısından sınıflandırma önemlidir. Hipertansiyon kan basıncı düzeylerine, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına ve etiyolojisine göre üç gruba ayrılmaktadır (7, 24).

#### 2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

Sistolik ve diyastolik değerlere göre hipertansiyon sınıflandırmasının tedavinin planlanması aşamasında birtakım yararı bulunmaktadır (7).

Ortak Ulusal Komitesi (JNC)-7 Raporu'na göre 18 yaş ve üzerindeki yetişkinler için kan basıncının sınıflandırması aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (25).

**Tablo 1.** JNC-7 Kan Basıncı Sınıflandırması (2003).

<b>Kan Basıncı</b>	<b>Sistolik</b>	<b>Diyastolik</b>
<b>Normal</b>	<b>&lt;120</b>	<b>&lt;80</b>
<b>Prehipertansiyon</b>	<b>120-139</b>	<b>80-89</b>
<b>Evre 1 Hipertansiyon</b>	<b>140-159</b>	<b>90-99</b>
<b>Evre 2 Hipertansiyon</b>	<b>≥160</b>	<b>≥110</b>

2013 ESH (Avrupa Hipertansiyon Derneği)/ ESC (Avrupa Kardiyoloji Derneği) Raporu'na göre 18 yaş ve üzerindeki bireyler için hipertansiyon sınıflandırması ise aşağıdaki gibidir (26).

**Tablo 2.** Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımları ve Sınıflandırması

<b>Kategori</b>	<b>Sistolik</b>		<b>Diastolik</b>
<b>Optimal</b>	<b>&lt;120</b>	<b>Ve</b>	<b>&lt;80</b>
<b>Normal</b>	<b>120-129</b>	<b>ve/veya</b>	<b>80-84</b>
<b>Yüksek normal</b>	<b>130-139</b>	<b>ve/ veya</b>	<b>85-89</b>
<b>Evre 1 hipertansiyon</b>	<b>140-159</b>	<b>ve/ veya</b>	<b>90-99</b>
<b>Evre 2 hipertansiyon</b>	<b>160-179</b>	<b>ve/ veya</b>	<b>100-109</b>
<b>Evre 3 hipertansiyon</b>	<b>≥180</b>	<b>ve/ veya</b>	<b>≥110</b>
<b>İzole sistolik hipertansiyon</b>	<b>≥140</b>	<b>Ve</b>	<b>&lt;90</b>

### 2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon, ilk aşamada neredeyse hiç belirti göstermediğinden insanların çoğunda erken teşhis edilemez. Bu yüzden hastalar tedavi edilemezler ve uzun süre hipertansiyon kontrolünde başarı sağlanamaz (20). Hipertansiyonun uzun süre kontrol altına alınamaması sonucunda kardiyak, serebrovasküler, aterosklerotik vasküler, böbrek ve retinopati gibi hastalıklar meydana gelir. Bu durum “hedef organ hasarı” olarak adlandırılmaktadır (27). Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı yüksekliği değildir, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve diğer risk faktörleri de etkilidir. Bu nedenle sınıflandırma yaparken bu faktörler de dikkate alınmalıdır (7). Hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörleri varlığı açısından değerlendirilen hastalar A düzeyi, B düzeyi ve C düzeyi olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Düşük risk grubu olarak da adlandırılan Grup A’da kan basıncı düzeyi dikkate alınmaksızın hiçbir risk etmeni, kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı bulunmamaktadır (24). Orta derecede risk grubu olan Grup B’de diyabet

dışında bir ya da daha fazla risk faktörü bulunmakla birlikte, kardiyovasküler hastalık ya da hedef organ hasarı bulunmamaktadır. Yüksek risk sınıfında yer alan Grup C'de ise diyabet ya da hedef organ hasarı/kardiyovasküler hastalık tespit edilmiş hastalar yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalık geçirme riski 10 yıl içerisinde %20 ve üzerindedir (7, 28, 29). Bu sınıflamada önemli olan diyabetin aslında bir risk faktörü olmasına rağmen, hedef organ hasarı veya kardiyovasküler hastalıkla eşdeğer düşünülmesidir (29).

### **2.3.3. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma**

Etiyolojisine göre hipertansiyon primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (30).

#### **2.3.3.1. Primer/Esansiyel Hipertansiyon**

Primer ya da idiyopatik hipertansiyon olarak da adlandırılan esansiyel hipertansiyon, hipertansif hastaların % 95'ini etkileyen en yaygın hipertansiyon türüdür (30). Nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte, esansiyel hipertansiyonun günümüzde genetik, çevresel ve davranışsal faktörlerin birleşiminden kaynaklanan çok faktörlü bir hastalık olduğu anlaşılmaktadır (7).

### **2.3.3.2. Sekonder Hipertansiyon**

Sekonder hipertansiyon, güçlü bir şekilde doğrulanabilir altta yatan bir nedene sahip olan hipertansiyon türüdür. Hipertansiyonlu yetişkinlerin yaklaşık %5-10'unu sekonder hipertansiyon oluşturur (31). Önceki çalışmalar yetişkinlerde sekonder hipertansiyonun en yaygın nedeni olarak renalparankim ve vasküler hastalıkları tanımlamıştır. Ancak son zamanlarda obstrüktif uyku apnesi, sekonder hipertansiyonun son derece yaygın bir nedeni olarak kabul edilmektedir. Hipertansiyonla ilişkili endokrin nedenler arasında sırasıyla en yaygın olarak, primer aldosteronizm, tiroid hastalığı (hipo ya da hipertiroidi), hiperkortikolizm, feokromasitoma yer almaktadır (32).

### **2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi**

Primer hipertansiyon mekanizması yıllardır yapılan araştırmalara ve tartışmalara rağmen halen belirlenememiştir (33). Kan basıncı regülasyon bozukluğu olan hipertansiyon insan vücudundaki bir çok sistemi etkilediği için fizyopatolojisinde tek bir nedenden bahsetmek mümkün değildir (34). Hipertansiyon kan basıncı seviyesi, kardiyak output ve total periferik direnç gibi hemodinamik değişkenleri etkileyen birden fazla genetik, çevresel ve demografik faktörlerin etkileşimiyle belirlenen karmaşık bir özelliكتedir (35). Artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi (muhtemelen psikososyal strese karşı artan cevap verme ile ilişkili), endotelin ve tromboksan gibi vazokonstriktör ve sodyum tutucu hormonların aşırı üretimi, artmış sodyum alımı, uygun olmayan renin salınımı, nitrik oksit ve prostaglandinler gibi vazodilatör maddelerin üretiminde azalma hipertansiyon oluşumunda etkilidir (36).

Kardiyak Debi (KD) ve Periferikvasküler Direnç (PVD) tarafından oluşturulan kan basıncı (KB) aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi formüle edilmektedir.

$$KB=KD \times PVD= \text{Kalp Hızı (KH) Stroke Volüm (SV) x Vazokonstrüksiyon}$$

Yukarıdaki denklemde de görüldüğü gibi kalp hızı ve stroke volüm, kan basıncını etkilemektedir. Bu denklem, kan basıncı değişikliklerine neden olarak otoregülasyonun devreye girmesine yol açan bir etken ile bozulmaktadır (37). İntravasküler volüm artışı ve artmış sempatik aktivite kalp debisini arttırarak kan basıncının artmasına neden olurken, periferikvasküler direnç ise kan basıncını kontrol altına almak için barorefleks mekanizma tarafından azaltılmaya çalışılır. Bu temel ilke, hipertansiyonun oluşumundaki işleyiştir (7, 37).

## **2.5. Hipertansiyonda Risk Faktörleri**

Hipertansiyonun risk faktörleri; kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (38).

### **2.5.1. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri**

**Ailede Hipertansiyon Öyküsü:** Ailede hipertansiyon öyküsü olan normotansif kişilerin değişmiş kardiyovasküler morfoloji ve reaktifliği ile karakterize olduğu bilinmektedir (39). Youssef ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yürütülen bir çalışmada, hipertansif ailelerin normotansif bireylerinde arteriyel sertlik parametrelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (40).

**Yaş:** Arteriyel kan basıncı çoğu nüfusta yaşlanmaya bağlı olarak yükselme eğiliminde olduğundan, yaşlı bireylerde hipertansiyon insidans ve prevalansı da artmaktadır. Bu yükseliş genellikle sistolik kan basıncı ya da nabız basıncında meydana gelirken, diyastolik kan basıncı aynı seviyede kalma ya da azalma

eğiliminde olabilmektedir (41). Yapılan bir çalışmada da yaşın hipertansiyon görülme sıklığında önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (6).

**İrk:** Hipertansiyon ve hipertansiyonla ilgili sonuçlardaki ırksal farklılıkta, Afrikan-Amerikalıların Kafkasyalılara göre daha büyük risk altında olduğu uzun zamandır kabul edilmektedir (42). Daha erken yaşlarda görülen ve daha ciddi kan basıncı seviyesine ulaşan yüksek hipertansiyon prevalansı, beyaz ırk ile kıyaslandığında siyah ırkta daha yüksektir (42, 43).

**Cinsiyet:** Hipertansiyon kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Kadınlar hipertansiyonla ilişkili kardiyovasküler hastalıklarda ölüm açısından erkeklere göre daha fazla risk altında olmalarına rağmen, bu durumu önemli bir sağlık problemi olarak algılamazlar (44). Çoğu kadında hipertansiyon prevalansı ve insidansı, obezite ve diyabet epidemisine paralel olarak artmaya devam etmektedir. Sekonder nedenler belirlenip tedavi edilse de, kan basıncı kontrol oranları kadınlar arasında en düşük seviyededir (45).

### **2.5.2. Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri**

**Beslenme:** Diyetle sodyumun aşırı tüketimi yüksek kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Dünyada kardiyovasküler nedenlerden yılda 1,7 milyon ölümün, aşırı sodyum alımından kaynaklandığı belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kan basıncı, koroner kalp hastalığı ve inme riskini azaltmak için günlük sodyum alımını günlük 2gr sodyum önermektedir. Aşırı tuz tüketiminin yanı sıra, alkol kullanımı, aşırı yağlı ve meyve, sebzeden yetersiz beslenme de hipertansiyonun oluşumunda rol oynamaktadır (46).

**Egzersiz:** Günümüzde uygun yoğunlukta ve artan süreli fiziksel aktivitenin hipertansiyon insidansının azalmasıyla ilişkili olduğu kabul edilmektedir (47). Orta yoğunlukta aerobik egzersizin hipertansiyon oluşumunu önlediği ve evre 1 hipertansiyon yönetimine yardım ettiği kanıtlanmıştır (48). Minimum 30 dakika ya da daha fazla süren devamlı orta-şiddetli egzersiz, hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde geleneksel olarak tavsiye edilmektedir (49).

**Obezite:** Hipertansiyon yaygınlığında obezite bir risk faktörü olup (6) hipertansiyonun diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler ve renal hastalıklardan dolayı artmış morbidite ve mortaliteyle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Obezite ve obeziteyle ilişkili hastalıkların görülme sıklığı dünya çapında artmaya devam etmektedir. Kilo artışı, arteriyel kan basıncı artışı ile ilişkilendirilmekle birlikte, yetişkinlerde hipertansiyonun % 60-70'ine şişmanlığın neden olduğu belirtilmektedir (50). Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada hipertansiflerin üçte ikisinden fazlasının obez ve aşırı kilolu olduğu bildirilmiştir (51).

**Madde Kullanımı:** Aşırı alkol kullanımı artmış hipertansiyon riskiyle ilişkilendirilirken, hafif ve orta alkol alımının kan basıncı üzerine olan etkisi tartışmalıdır (52). Sigara içme yüksek kan basıncının ortaya çıkmasında güçlü bir etkiye sahip olmasına rağmen, hipertansiyon ve sigara içme kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız birer risk faktörüdür. Sigarada belirlenen 4000'in üzerinde toksik maddeden özellikle nikotin ve karbon monoksitin kalp ve kan damarları üzerinde toksik etkisi bulunmaktadır. Nikotin aracılığıyla sempatik sinir sistem uyarılımı artmış epinefrin ve norepinefrin salınımının sonucu olarak, nabız ve sistolik kan basıncı artışını direkt olarak belirler (53).

**Stres:** Kronik stres, sempatik sinir sistemi aktivitesini arttırarak hipertansiyon gelişimine ve böylece patolojik etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Artmış sempatik aktivite belirtileri, temel olarak kardiyak outputta artış ile karakterize olan hipertansiyonun başlangıç evresi boyunca gözlemlenmektedir (54).

**Oral kontraseptif kullanımı:** Yaşlılarda hipertansiyon genellikle damar yapısının bozulmasıyla ilişkilendirilirken, gençlerde oral kontraseptif kullanımı gibi sekonder nedenlerle daha sık görülmektedir (37). Park ve Kim 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada, oral kontraseptif kullanım süresi arttıkça, sistolik ve diyastolik kan basıncının arttığını bildirmişlerdir (55). Ayrıca hormonal kontraseptiflerin serum elektrolitleri ve kan basıncı üzerine etkisinin incelendiği bir başka çalışmada, hormonal kontraseptif kullananların kan basıncında ve serum sodyum dışındaki elektrolitlerinde önemli değişikliklerin olduğu bildirilmiştir (56).

## **2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları**

Hipertansiyon, erken dönemde belirti göstermediği ve miyokard enfarktüsü, sol ventriküler hipertrofi, konjestif kalp yetmezliği, anevrizma, inme gibi kalp hastalıklarının yanı sıra hipertansif nefropati ve retinopati için en önemli risk faktörü olması nedeniyle de “sessiz katil” olarak adlandırılmaktadır. Hipertansiyon komplikasyonları ya kan basıncının sürekli yükselmesi nedeniyle damarlar ve kalpteki değişiklikler ile ya da uzun süredir devam eden hipertansiyon sonucunda hızlanan aterosklerozun eşlik etmesi ile ilişkilidir (57). Hipertansiyon beyin, kalp, böbrek ve göz gibi hayati organları etkilemekte (24) ve kontrol altına alınmadığında, inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, demans, böbrek yetmezliği ve körlük gibi ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (46).



## 2.7. Hipertansiyonun Tedavisi

Günümüzde antihipertansif ilaç tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmış olmasına rağmen, hipertansiyon ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (58). Hipertansif hastaların tedavisi, ciddi komplikasyon riskini azaltmakta ve sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir (59). Tedavinin hedefi, hipertansiyonu yönetmek ve lipid bozuklukları, glukoz intoleransı ya da diyabet, obezite ve sigara içme dahil kardiyovasküler hastalıklar için tanımlanmış tüm diğer risk faktörleri ile baş etmektir (60). Hipertansiyonla ilişkili kardiyovasküler riskin azaltılması ve böylece morbidite ve mortalitenin önlenmesi tedavinin asıl amacıdır (61). Kan basıncının 140/90 mmHg'nın altında olması, tüm hipertansif bireyler için istenen değer olmakla birlikte, diyabet ve kronik böbrek hastalığı bulunan hastalar için bu değer <130/80 mmHg olmalıdır (25). Antihipertansif ilaç tedavisine karar verilirken, hastanın bireysel özellikleri ve tercihleri, eşlik eden hastalık varlığı, tedavinin maliyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilmelidir. Antihipertansif ilaçların periferik direnci azaltma, sıvı retansiyonunu azaltma ya da önleme ve kalp kasının kasılmasını destekleme gibi özellikleri bulunmaktadır (61). Diüretikler, Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACEI), Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB), kalsiyum kanal blokerleri ya da beta blokerler yaşlı ve genç hastalarda primer hipertansiyon tedavisinde başlangıç tedavisi olarak kullanılmaktadır (62). Hedef kan basıncına ulaşılması özellikle hipertansiyona eşlik eden başka bir hastalığı bulunan bireylerde tek ilaçla zor olmaktadır. Hipertansif bireylerin büyük çoğunluğu kan basıncı seviyelerini etkili bir biçimde düşürmek için iki ya da daha fazla ilaca ihtiyaç duymaktadırlar (63).

Hipertansiyon tedavisinde, farmakolojik tedavinin yanı sıra, yaşam biçimi değişikliği de önemlidir (7). Yaşam biçimi değişikliği, hafif hipertansiyonu önlemek ve hipertansiyon kontrolünde ihtiyaç duyulan ilaç dozunu azaltmak için kullanılmalıdır. Kilo verme, meyve ve sebzeden zengin ve az yağlı süt ürünleri ile doymuş ve total yağ miktarından eksik bir diyet, günlük en fazla 1,5 gr sodyum alımı, sigarayı bırakma, düzenli aerobik fiziksel aktivite, aşırı alkol ve kafein alımından kaçınma ve nonsteroidal antiinflamatuvar ve glukokortikoidler gibi kan basıncını yükselten ilaçlardan sakınma (62) ve stresle baş etme tavsiye edilmektedir. Ancak bu destekleyici yöntemler, tedavinin yerine geçmemelidir (24).

Hipertansiyon yönetiminde JNC-8 2014 raporuna göre 18 yaş ve üzeri hipertansif bireylerin tedavisinde ilk olarak yaşam biçimi girişimlerinin uygulanması ve devam ettirilmesi önerilmektedir. İkinci aşamada kan basıncı hedefinin belirlenmesi ve yaş, Diyabetes Mellitus (DM) ve Kronik Böbrek Hastalığına (KBH) dayalı kan basıncını düşürücü ilaç başlatılması gerektiği bildirilmektedir. Genel nüfusta DM ve KBH yok ise 60 yaş ve üzeri bireylerde hedeflenen kan basıncı değeri sistolik kan basıncı (SKB) için 150 mmHg altında, diyastolik kan basıncı (DKB) için 90 mmHg altında; 60 yaş altı bireylerde hedeflenen kan basıncı değeri SKB için 140 mmHg altında, DKB için 90 mmHg altında olması gerektiği belirtilmektedir. Tüm yaşlarda KBH bulunmayıp DM var ise hedeflenen kan basıncı değeri SKB için 140 mmHg altında, DKB için 90 mmHg altında; tüm yaşlarda KBH var DM yok ise hedeflenen kan basıncı değeri SKB için 140 mmHg altında, DKB için 90 mmHg altında olmalıdır. Bireysel özellikler de dikkate alınarak hedef kan basıncına ulaşmada uygun tedavi seçeneği ve yaşam biçimine uyum ile hipertansiyon yönetimi ve izlemine devam edilmesi gerektiği bildirilmektedir (12).

## 2.8. Hipertansiyon Yönetiminde Antihipertansif İlaça Uyumun Önemi

Hipertansiyonla ilişkili ölümlerin ve sakatlıkların en fazla yükünü, sınırlı kaynaklara sahip olan, hipertansiyonu önleme ve kontrol programlarının yetersiz olduğu düşük ve orta gelirli ülkeler üstlenmektedir. Bu ülkelerde hipertansiyonu teşhis edecek programlar ya bulunmamaktadır ya da yeterli kapasiteye sahip değildir. Bunun sonucu olarak da hipertansiyonlu hastaların büyük çoğunluğu teşhis edilememektedir. Ayrıca tanı konulan hastalar arasında tedavi ve kontrol oranları özellikle bu ülkelerde aşırı derecede düşüktür (64). Hipertansiyonlu kişilerde kardiyovasküler olayların etkili bir şekilde önlenmesi yüksek düzeyde kan basıncı kontrolünü gerektirmektedir. Hipertansiyon yönetiminde gelişmelere rağmen, antihipertansif tedaviye düşük uyumun tedavi etkisini azaltan majör faktör olduğu (65) ve kan basıncı kontrolünün antihipertansif tedaviye uyum ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (59). Hipertansif hastalarda ilaca uyumun değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise kan basıncı kontrolünün, yüksek düzeyde ilaca uyumun göstergesi olduğu bildirilmiştir (66). Yapılan bir meta-analiz araştırmasında hipertansiyon tedavisi alan hastaların % 50-80 kadarının önerilen tedaviye uyumlarının düşük olduğu (67) ve ilaca kötü uyumun hipertansiyonun yetersiz kontrolünde etkili olabileceği bildirilmiştir (51). Dünya Sağlık Örgütü uzun dönemli tedaviye uyumu “bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanının önerilerine uyumu” olarak tanımlamaktadır (68). Antihipertansif ilaç tedavisine düşük uyumun kan basıncını kontrol altına almayı engelleyen en önemli faktör olduğu (69) ve hipertansif bireylerle yapılan çalışmalarda da kan basıncı kontrol altında olan bireylerin ilaç

tedavisine uyumlarının kan basıncı kontrol altında olmayan hipertansiflere göre önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (70, 71).

Hipertansiyon ve tedavisi hakkındaki hasta inançları ve bilgi eksikliği, psikiyatrik bozukluklar, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve sosyal destek sistemlerinin olmaması tedaviye uyumu etkileyen hasta ve hastalığa ilişkin faktörler arasında yer almaktadır (13). Chang ve Green 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada, eğitilmiş ve sosyal desteğe sahip olan hastaların kan basıncı kontrol oranlarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (72). Uyumsuzluğun nedeni olarak çoğu zaman hastalar gösterilmiş olsa da, tedavi alma karmaşık bir olaydır ve bu nedenle uyumsuzluğun nedeni yalnızca hastalar değildir (69). Hasta ile ilişkili engellerin yanı sıra, sağlık bakım sistemi ve sağlık hizmeti sunucuları ile ilişkili faktörler de uyumu etkilemektedir. Sağlık sistemi ile ilişkili faktörler arasında yönetim ve politika yönergeleri, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi, tedavi maliyeti ve hasta kaynakları bulunmaktadır. Hipertansiyon yönetimi açısından, hekim becerisi gibi sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen politikalar, kaynaklar ve finansal düzenlemeler de sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır. Sağlık bakım hizmeti sunucuları ile ilişkili faktörler arasında ise; sağlık bakım hizmeti sunucuları-hasta arasındaki ilişki ve iletişim bulunmaktadır (73).

Kan basıncının kontrol altına alınabilmesi için öncelikle hastaların ilaçlarını kullanmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeye istekli olması gerektiği bildirilmektedir (17). Sağlık hizmeti sunucuları, hastaları öngörülen şekilde ilaç almaya teşvik etmeli, hastaların kan basıncını yakından izlemeli ve hedef kan basıncına ulaşılmadığında ilaç tedavisine yoğunlaşmalıdır (59). Tedaviye uyumun artırılması ve hipertansiyon kontrol oranlarının iyileştirilmesine yönelik toplumda

farkındalık oluşturacak tedbirlerin alınmasına ek olarak sağlık personelinin hipertansif bireylere hastalıklarıyla baş etmeleri ve kendi kendilerine evde kan basıncı izlemleri konusunda eğitim vermesi gerekmektedir (74). Hipertansiyonun başarılı yönetiminde önerilen tedaviye uyumun sağlanmasının yanı sıra, olumlu sağlık davranışlarının da yaşam biçimi haline getirilmesi gerekmektedir. Hipertansif bireylerin kendi sağlıkları için sürekli bir çaba içerisinde olmalarının gereği kadar, sağlık profesyonellerinin de çeşitli eğitimler yoluyla bireyleri hipertansiyon kontrolü için cesaretlendirmesi ve desteklemesi önemlidir (13). Tsiantou ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun hekimleriyle olan ilişkilerini çok önemsedikleri, hekim ile iyi iletişim ve ödüllendirici davranışın tedaviye uyumu kolaylaştırdığı bildirilmiştir (75).

## **2.9. Hipertansiyonda Bakım ve Kronik Bakım Modeli**

Kronik hastalıklar sürekli tedavi ve izlem gerektiren önemli sağlık sorunlarına neden olmakta (76) ve medikal bakımın yanı sıra hastaların ve onlara bakım vericilerin devamlı aktivitesini gerektirmektedir. Hipertansiyon bu kapsamda yer alan hastalıklardan biridir (9). Hipertansiyon tamamen tedavi edilebilir olmamasına rağmen, kontrol altına alınabilen bir kronik hastalıktır. Kan basıncı değerinin 140/90 mmHg ve üzerinde olması ateroskleroz ve plak gelişimini hızlandırdığından, kan basıncının bu değerin altında tutulması ve sürdürülmesi oldukça önemlidir (77). Hipertansiyonda iyi kontrol sağlanması hipertansiyon bakımının temel hedeflerinden bir tanesi olup, Suudi Arabistan'da aile sağlığı merkezinde yapılan bir çalışmada hipertansiyon bakımının ve araştırma kapsamına alınan hipertansif bireylerin büyük bir çoğunluğunda hipertansiyon kontrolünün yetersiz olduğu bildirilmiştir (51). Bu

nedenle hipertansiyonun erken dönemde teşhis edilmesi ve tedaviye başlanması, olası birçok riski ortadan kaldırmaktadır (77). Hipertansif bireylerin genellikle zaman içerisinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve kısıtlılıklar meydana gelmektedir. Ayrıca kronik bir hastalığa sahip olma hipertansif bireylerin psikolojisini de etkilemekte ve onların yaşam tarzı değişikliklerinde zorlanmalarına neden olmaktadır (7). Hipertansiyonun tüm bu sonuçlarından dolayı hastalar yüksek kan basıncını kontrol altına almak için açık, pratik ve gerçekçi bir rehberliğe gereksinim duymaktadırlar (78). Bu durum ise hipertansiyonlu hastalarda bakımın önemini ortaya koymaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalık prevalansının artmasıyla birlikte çok sayıda uluslararası organizasyonun endişesi de artmış (79), kronik hastalık kontrolünün yanı sıra toplum temelli hastalık yönetim programlarının da önemini anlaşılmasına olanak sağlamıştır (10). Hastaların iyi uygulama yönetimi ve bakım organizasyonu ile algılanan bakım kalitesinin değiştiği, hastaların planlanan kronik hastalık bakımını almasına ilişkin değerlendirmesine pozitif olarak yansıdığı bildirilmiştir (80). Hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetimi uzun yıllardır bakımın pasif alıcıları olan hastalar dahil edilmiştir. Ancak son zamanlarda kronik hastalığı bulunan kişilere iyi düzeyde koruyucu bakımı sağlamak amacıyla kronik bakım modeli geliştirilmiş ve birçok alanda uygulanmaya devam etmiştir (81). Etkili kronik bakımı geliştirmede rehber olarak kullanılan model, Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (82). Hipertansiyon hastalarına en iyi düzeyde bakım sunabilmek için bütüncül, kapsamlı ve çok disiplinli yaklaşımların gerekli olduğu bilinmektedir (51). Yüksek kaliteli bakımı mümkün kılmak için gerekli olan altyapı ve desteği ele alan modelde hastanın, sağlık bakım ekibinin, sistemin ve toplumun rolü açıkça ifade edilmektedir (81). Donanımlı

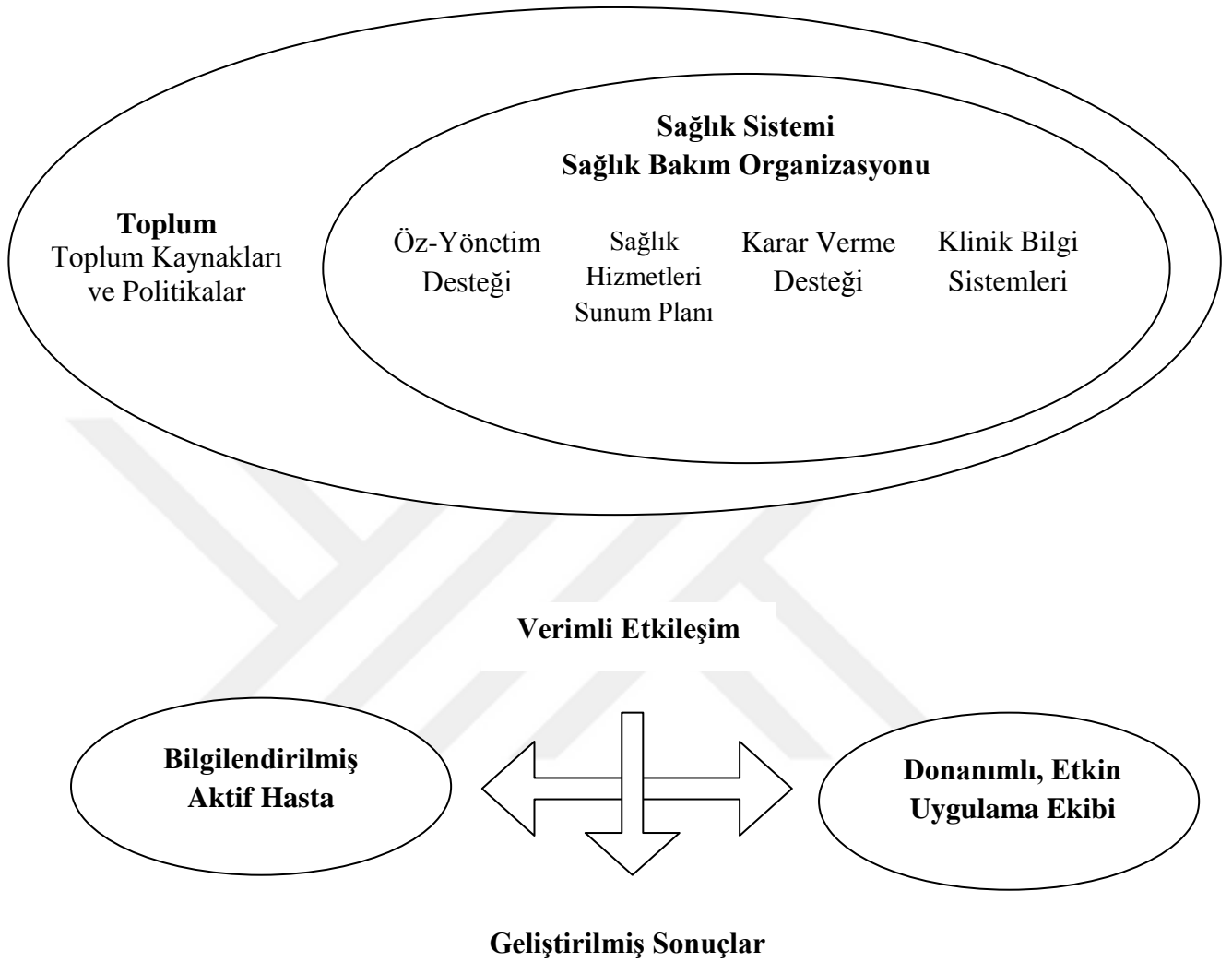
sağlık bakım ekibi ile aktif ve bilgilendirilmiş hasta arasındaki etkili iletişimin oluşması, modelin anahtar noktasını oluşturmaktadır (10, 83). Başka bir deyişle sağlıklarıyla ilgili etkili kararlar vermek ve onu idare edebilmek için bilgi, beceri ve güvene sahip, motive olmuş bir hasta ile yüksek kalitede bakım için gerekli hasta bilgisine, karar desteğine ve kaynaklara sahip uygulama ekibi anlamına gelmektedir (15). En etkili hipertansiyon bakım modelinin temel özelliği hipertansiyon bakım hizmeti sunumunda iş birliği yapan multidisipliner bir ekiptir. Ekip temelli yaklaşım, hasta ihtiyaçlarını karşılamak için özenle hazırlanmış bakım ile birlikte hasta merkezlidir. Genellikle çok yönlü bir yaklaşımın parçası olarak klinik karar verme (tedavi algoritması gibi), iletişim ve hasta öz yönetimi için destek sistemleri ile birlikte uygulanır. Ekip temelli hipertansiyon bakımı hasta, hastanın birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı ve diğer profesyonelleri (hemşireler, eczacılar, asistan doktorlar, diyetisyenler, sosyal çalışmacılar ve toplum sağlığı çalışanları) kapsamaktadır. Bu profesyoneller ilaç tedavisi yönetimi, aktif hasta izlemi, uyum ve öz yönetim desteğini içeren hipertansiyon bakımı süreçlerini destekleyerek ve sorumlulukları paylaşarak birincil bakım sağlayıcının faaliyetlerini tamamlarlar. Ekibe dayalı hipertansiyon bakımının kan basıncı kontrolünü sağladığı ve SKB ve DKB'ni azalttığı bildirilmiştir (84). Bu nedenlerle hasta ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkileşimin iyileştirilmesi, hastaların etkinlik düzeylerini arttırmada yararlı olur (76). Yapılan bir çalışmada sürekli bir hekim tarafından ve birinci basamak sağlık kurumlarında düzenli olarak izlenen hastaların kronik bakım ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kronik hastaların izlem niteliğinin geliştirilmesi için toplumdaki alt sosyal sınıflara öncelik verilmesi ve kronik hastalığı

olan bireylerin birinci basamakta izlenmesinin desteklenmesi gerektiği de bildirilmiştir (85).

Kronik bakım modelinin hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları ve astım hastalarında kullanılması, acile gereksiz başvuruların ve hastaneye yatışların azalmasına, tedavi masraflarının düşmesine ve sonuç olarak yaşam kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artmasına olanak sağlamıştır (10). Kronik bakım modeli, kronik hastalıklarda bakımın kalitesini artırmada sağlık sistemleri ve diğer paydaşlar tarafından kullanılan önemli bir araçtır (86). Hipertansiyon genellikle iyileştirilemeyen ancak yönetilebilen ömür boyu süren bir hastalık olduğundan, kronik bakım modelinin özellikle hipertansiyon teşhisi ve yönetimi için uygun olduğu (81) ve hipertansiflerde modelin kullanımı ile sistolik kan basıncında -8 mmHg ve diyastolik kan basıncında -4.3 mmHg azalma olduğu bildirilmiştir (87). Aryani ve arkadaşları tarafından kontrol gruplu hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemisi bulunan bireylerle yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlikte kronik bakım modelinin uygulanarak tedaviye uyumu içeren eğitim sonrasında hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde önemli derecede iyileşmenin olduğu bildirilmiştir (88). Model, toplum kaynakları ve politikalar, karar verme desteği, sağlık bakım organizasyonu, öz-yönetim desteği, sağlık hizmetleri sunum planı ve klinik bilgi sistemi olmak üzere birbiriyle ilişkili altı bileşenden oluşmaktadır (8,10, 83). Dünya çapında hemşireler bu bileşenlerin ve aktivitelerin tümünde önemli rol oynamaktadırlar (15).



## Kronik Bakım Modeli



Şekil 1: Kronik Bakım Modeli (10, 89)

**Toplum Kaynakları ve Politikalar:** Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için, kaynakların harekete geçirilmesini amaçlamakla birlikte, aynı zamanda hastalara fayda sağlayan ve sağlık politikalarını iyileştiren programlar geliştirmek de hedeflenmektedir (90).

**Sağlık Bakım Organizasyonu:** Planlanmış bakım alt yapısının stratejik gelişimine katkı sağlamayı ve desteklemeyi, kuruluşlar içinde ve kuruluşlar arasında uygun

liderlik rollerini benimsemeyi, bakım koordinasyonu için uzlaşmayı ifade etmektedir (15). Sağlık hizmetleri organizasyonu güvenli ve yüksek kaliteli bakımı destekleyen bir kültür ve mekanizmalar oluşturmaya odaklanmalıdır. Sağlık hizmetini geliştirmek için, hizmet organizasyonundaki gelişmeler, değişiklikleri kolaylaştıracak stratejilerin uygulanması, hataların ve kalite kontrol problemlerinin yönetimi de gereklidir (90).

**Sağlık Hizmetleri Sunum Planı:** Planlanmış hastalık yönetiminden akut bakıma kadar her durumda, sağlık bakım ekibi üyelerinin rollerinin açık ve net olarak belirlenmesini ifade etmektedir. Etkili kronik hastalık yönetim ekibi içerisinde; hemşire vaka yöneticisi, uzman hekim, eczacı, sosyal çalışmacı, profesyonel olmayan diğer yardımcı sağlık çalışanlarının yer aldığı bildirilmektedir (10). Bu bileşende, hastaların anlayabileceği ve onların kültürlerine uygun bakım planlama ve sunma önemlidir (15).

**Öz-Yönetim Desteği:** Kişinin kronik hastalığını yönetmek ve sağlığını izlemek için hazırlanması ve güçlendirilmesi “özbakım” olarak ifade edilmektedir. Hastanın kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi, kronik hastalık yönetiminde önemlidir. Sağlık bakım ekibi üyesi ve hasta, problemleri birlikte saptayarak uygun hedefler belirler ve problemi birlikte çözmeye çalışır. Öz yönetim desteği sadece hastanın kendi diyeti, egzersizi, düzenli ilaç kullanımı ve kan basıncı ölçümünü yapabilmesi anlamına gelmez. Aynı zamanda gerekli özbakım araçlarının (diyet listesi, tansiyon aleti vb.) temin edilmesini de kapsamaktadır (91).

**Karar Verme Desteği:** Kanıta dayalı klinik uygulama rehberleri yüksek düzeyde kronik bakım için standartlar sağlamakta olup günlük uygulamalara entegre edilmelidir (82). Girişimlere rehberlik edecek klinik uygulama rehberleri ve kanıta

dayalı protokoller kullanma ve bunları hastayla paylaşma, değerlendirme ve tanı araçlarının sistematik kullanımı, ekibe dâhil olan uzmanlara sevki koordine etme, karar verme desteği içerisinde yer alan aktivitelerdir (15).

**Klinik Bilgi Sistemleri:** Bakım vermekle yükümlü olunan nüfus verilerinin, planlanan sağlık hizmeti etkinliğini arttırması amacıyla organize edilmesi önemlidir. Etkili ve verimli kronik hastalık bakımı ancak hem nüfus hem de bireysel düzeyde önemli verilere hemen ulaşmayı sağlayan klinik bilgi sistemiyle mümkün olmaktadır (91). Etkili iletişim kurma ve bilgiyi uygun şekilde yönetme, yeni teknoloji kullanımı, hasta kayıt kullanımını da içeren uygulama rehberlerine kanıtlar sağlama, bakım ve tedaviyi değerlendirme ve izleme bu bileşenin hedefleri arasında bulunmaktadır (15).

## **2.10. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü**

Dünyada ve Türkiye’de salgın boyutunda görülen hipertansiyonun farkındalık düzeyi, tedavi ve kontrol oranının yeterli olmadığı bilinmektedir. Arter içi kan basıncının artmasıyla karakterize olan hipertansiyonun oluşumunda genetik, edinsel faktörler ve metabolik bozuklukların rol oynamasına ek olarak, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilebilen kronik bir hastalık olması nedeniyle de kontrol altına alınma oranları düşüktür (37, 92). Kan basıncını 140/90 mmHg’nın altına düşürmek, hedef organ hasarını ve ateroskleroza önlemek ve yaşam kalitesini korumak hipertansiyonun kontrol altına alınmasındaki amaçlardandır (93). Hipertansiyonda tedavi ve kontrolün iyileştirilmesi için toplumun farkındalığını arttıracak girişimlere gereksinim olduğu bildirilmektedir (74). Bu nedenle hipertansiyon bakımında sağlık bakım ekibi üyelerinin ortak sorumluluk anlayışıyla

hareket etmesi ve hastaların kendi bakımlarına aktif katılımlarını sağlayarak hedef kan basıncı değerine ulaşmalarında rehber olmaları gerekmektedir (17). Dünyada ve özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hipertansiyonlu kişilerin sayısı arttıkça hemşirelerin rolleri artmaya devam etmektedir (84). Antihipertansif tedaviye uyumu arttırmada ve kan basıncını kontrol altına almada hemşirelerin önemli role sahip olduğu bildirilmektedir (78). Sağlık bakım ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, bakım verdikleri hipertansiyonlu hastaların mevcut gereksinimlerini ve önceliklerini belirlerken, daha fazla bireyselleştirilmiş yaklaşım uygulamakla görevlidirler (94). Hemşireler hipertansiyonun tanımlanması, önlenmesi ve yönetiminde etkin kanıta dayalı stratejiler kullandıklarında yüksek kan basıncı kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır. Çok sayıda çalışma kan basıncı kontrolünde hemşire liderliğinde bakım girişimlerinin etkili olduğunu, hemşirelerin rollerinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, tedaviye uyum öz etkililiklerini önemli ölçüde geliştirdiğini ve beden kitle indekslerini (BKİ) azalttığını göstermektedir (95). Hipertansiyon kontrolünde hemşirelerin rolleri tanılama, sevk ve izlem; teşhis ve tedavi yönetimi; hasta eğitimi, danışmanlık ve beceri geliştirme; bakım koordinasyonu; klinik ve toplum sağlığı yönetimi ve performans değerlendirme ve kalite geliştirmeyi de içeren bakımın tüm yönünü kapsamaktadır. Hemşireler uzun vadede gerekli olan günlük yaşam biçiminin tedavi rejimine dahil edilmesinde hastalara yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda hipertansiyon yönetiminde amaca ulaşmak için hastalarla karşılıklı olarak gerçekçi, sonuç odaklı hedefler ve stratejiler geliştirmek için çalışmaktadırlar (84). Hemşireler hipertansiyonun teşhisinden, tedavi planının oluşturulmasına kadar geçen birçok aşamada aktif rol almaktadırlar. Hipertansiyonu belirleme ve teşhis aşamasında; hipertansiyonu erken dönemde tespit etmek için uygun olan her fırsatta

yetişkinlerin kan basıncını kalibre edilmiş ekipman ve doğru teknik ile değerlendirmeli (96), yaptığı ölçümleri belirli aralıklarla tekrarlamalı ve kayıt etmelidir. Hipertansiyon belirti bulgularını gözlemlemeli ve hastanın fizik muayenesinde nabız sayısı, ritmi ve özelliğini değerlendirmelidir (61). Ayrıca kan basıncını kendi evlerinde izleme, hedef kan basıncı değeri ve hedef kan basıncının devam ettirilmesinin önemi konularında eğitmelidir (96). Hipertansiyonun erken teşhisi ve komplikasyonların önlenmesinde hayati role sahip olan hemşirelerin asıl amacı hastayı eski sağlığına kavuşturmak değil, bireyin hastalığa ve tedaviye uyumunu ve koordinasyonunu sağlamak olmalıdır (93). Tedavi aşamasında ise tedavinin etkinliğini değerlendirerek, tedavi düzeninde değişikliklerin gerekli olup olmadığını belirlemeli ve kan basıncındaki değişimleri izlemelidir. Organ hasarını belirlemek amacıyla tam bir anamnez almakla birlikte, anjinal ağrı, dispne, görmede değişiklik, baş ağrısı ve dönmesi, burun kanaması gibi önemli belirti bulguları değerlendirmelidir (7). Hipertansiyon yönetiminde hemşirelik girişimlerinin etkinliği, yapılan birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Bu durum, hipertansiyon yönetiminde sağlık bakım ekibi içerisinde bulunan hemşirelerin aktif ve yönlendirici olarak yer alması gerektiğine kanıt niteliğindedir (78). Türkiye’de yapılan randomize kontrol gruplu deneysel bir çalışmada hipertansif bireylere ilaca uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya yönelik olarak hemşire araştırmacı tarafından verilen eğitimin ve yapılan ev ziyaretlerinin, deney gruplarında tedaviye uyumu arttırdığı ve kan basıncında anlamlı düşüş sağladığı belirlenmiştir (97). Hipertansiyonlu hastalarla randomize kontrol gruplu olarak yapılan diğer bir çalışmada da hemşireler tarafından verilen eğitim ve vaka yönetiminin BKİ ve kan basıncını düşürdüğü bildirilmiştir (98). Ayrıca yapılan bir meta-analiz çalışmasında

da hemşire girişimlerinin kan basıncını düşürmede etkili olduğu bildirilmiştir (99). Hipertansif hasta bakımına odaklanan hemşirenin temel amacı, yan etki görülmesizin ve en az maliyetle kan basıncını düşürmek ve kontrol altına almaktır. Bu amaç doğrultusunda yol alan hemşirenin girişimlerini uygun kanıtlar üzerine temellendirerek uygulaması gerekmektedir (7).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

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

Araştırma Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü, Mimar Sinan, İzzetpaşa ve Fatih Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde Ekim 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülmüş ve Mayıs 2018'de tamamlanmıştır. Erzincan il merkezinde toplam yedi ASM bulunmaktadır. Adı geçen ASM'ler nüfus açısından daha yoğun olması ve farklı sosyo-ekonomik yapıyı içermesi nedeniyle araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü, Fatih, Mimar Sinan ve İzzet paşa Aile Sağlığı Merkezleri'ne herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri hipertansif bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya alma kriterlerini karşılayan 407 hipertansif birey araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma tamamlandıktan sonra örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını saptamak amacıyla güç analizi yapılmıştır. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu ve İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği-Kısa Formu puanı arasındaki korelasyon analizi için, (saptanan korelasyon katsayısı:0.345, n=407) çalışmanın post hoc gücü; 0.05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında; 0.99 olarak belirlenmiştir. Bu değerler örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (100).

Araştırmaya alma ölçütleri;

- ✓ 18 yaş ve üzeri olma,
- ✓ En az bir yıl önce hipertansiyon tanısı almış ve antihipertansif ilaca başlamış olma,
- ✓ Çalışmaya katılmayı kabul etme olarak belirlenmiştir.

Dışlama ölçütleri; veri toplama formlarının doldurulmasını etkileyecek fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğu (psikotik bozukluk) olma, zihinsel engellik, kanser ve gebe olma olarak belirlenmiştir.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma kapsamındaki 18 yaş ve üzeri hipertansif bireyleri tanımlayan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık durumu, hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, son altı ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu, en son kontrole gitme zamanı, hastalık süresince destek alma durumu, hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu, BKİ ve kan basıncı kontrol durumu **bağımsız**; Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları **bağımlı** değişkeni oluşturmuştur.

### 3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Veriler Hasta Tanılama Formu (Ek-1), Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Ek-2) ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (Ek-3) ile toplanmıştır.



**Hasta Tanılama Formu (Ek-1):** Hipertansif bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ekonomik durum algısını içeren altı; hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık durumu, hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, son altı ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu, en son kontrole gitme zamanı, hastalık süresince destek alma durumu ve hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumunu belirleyen sekiz soru olmak üzere kapalı ve açık uçlu toplam 14 sorudan oluşmuştur. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar sınıflandırılmıştır. Ayrıca kan basıncı ve BKİ değerleri de ölçülmüştür.

**Arteriyel Kan Basıncı Ölçümü:** Araştırma kapsamına alınan hipertansif bireylerin 10-15 dakika dinlenmeleri sağlanmış, kan basınçları oturur pozisyonda ve sağ koldan ölçülmüş ve kayıt edilmiştir. Ardından 5-10 dakika ara ile ikinci ölçüm yapılmış ve iki ölçüm ortalaması kayıt altına alınmıştır. Ölçümden önce 30 dakika içinde hipertansif bireylerin sigara içmemesine ve kafein (kahve, kola) almamasına dikkat edilmiştir. Kan basınçları sfigmomanometre kullanılarak ölçülmüş (ERKA Perfect Aneroid Model, Seri No: 16026759), korotkoff sesleri esas alınarak SKB ve DKB değeri kaydedilmiş ve kan basıncı kontrolü SKB<140 mmHg ve DKB<90 mmHg olarak tanımlanmıştır (25).

**Boy Ölçümü:** Hipertansif bireylerin düz bir zeminde baş, omuz, kalça ve ayak topukları düz bir duvara temas edecek şekilde dik pozisyonda durmaları sağlanmış ve mezura yardımı ile yapılan ölçümler santimetre (cm) olarak kaydedilmiştir.

**Ağırlık Ölçümü:** Hipertansif bireylerin elbiselerinin azami ölçüde çıkarılması ve çıplak ayak ile olmaları sağlanmış, sert bir zemine düz olarak yerleştirilen standart

bir baskül yardımı ile ağırlık ölçümü yapılmış ve kilogram (kg) olarak kaydedilmiştir.

**Beden Kitle İndeksi (BKİ):**  $Vücut\ ağırlığı\ (kg) / boy\ (metre)^2$  : Hipertansif bireylerin hesaplanan BKİ'leri, DSÖ'nün önerdiği sınıflamaya göre 18.5'den az zayıf, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 fazla kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez olarak sınıflandırılmıştır (101).

**Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ) (Ek-2):** Glaskow ve arkadaşları (102) tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahcivan tarafından 2010 yılında yapılmıştır (103). Özellikle öz yönetim desteğini içeren hasta-sağlık bakım ekibi etkileşimini vurgulayan ve Kronik Bakım Modeli temel alınarak oluşturulan ölçek, 20 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyondur (102). Ölçekte bulunan 1.-3. maddeler hasta katılımı, 4.-6. maddeler karar verme desteği, 7.-11. maddeler amaç belirleme, 12.-15. maddeler problem çözme ve 16.-20. maddeler izlem/koordinasyon alt boyutu içerisinde yer almaktadır. Ölçek toplam puanı ve her bir alt boyut için ortalama puanı, 1= hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= çoğu zaman ve 5= her zaman olarak 5'li likert tipi derecelemeyle ölçülmekte olup, 20 maddenin tümünün ortalaması ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Ölçek puanındaki artış kronik hastalığı bulunan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu göstermektedir (103). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında KHBDÖ için Cronbach alfa değeri 0.91, hasta katılımı alt boyutu için 0.72, karar verme için 0.72, amaç belirleme için 0.71, problem çözme için 0.75 ve izlem/koordinasyon için 0.79 olarak

bildirilmiştir (103). Bu çalışmada KHBDÖ için Cronbach alfa değeri 0.82, hasta katılımı alt boyutu için 0.49, karar verme için 0.55, amaç belirleme için 0.51, problem çözme için 0.46 ve izlem/koordinasyon için 0.59 olarak bulunmuştur.

**İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) (Ek-3):** Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş (104), Fernandez ve arkadaşları tarafından 2008 yılında revize edilmiş olan ölçeğin (105), Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin amacı, hipertansif bireylerin antihipertansif ilaç tedavilerine uyum öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektir. Ölçek 13 maddeden oluşmakta, puanlama 1’den 4’e kadar yapılmakta ve ölçekten en düşük 13, en yüksek 52 puan alınabilmektedir. Ölçek puanındaki artış, bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumlarının iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.93 olup (71), bu çalışma için 0.98 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Ekim 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında Karaağaç, İnönü, Mimar Sinan, İzzetpaşa ve Fatih Aile Sağlığı Merkez’lerinde bekleme salonlarında haftanın üç-dört günü belirli bir sıra ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama 20-25 dakikada tamamlanmıştır. Ayrıca hipertansif bireylerin kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır.

### **3.7. Verilerin Analizi**

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, en az ve en çok

değerler ile ortalama ve standart sapmanın yanı sıra Tablo 3’de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerliliğini belirlemek için kullanılan Cronbach alfa analizinde alt boyutların iç tutarlılık değerleri 0.60’ın altında olduğundan bu çalışmada alt boyutlar kullanılmamış, KHBDÖ toplam puanı üzerinden analizler yapılmıştır.

**Tablo 3.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal Dağılan Ölçümlerde	Normal Dağılmayan Ölçümlerde
Yaş grubu, eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, hipertansiyon tanısı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, en son kontrole gitme zamanı ve BKİ	Varyans Analizi	Kruskall Wallis Analizi
Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık, son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma, hastalık süresince destek alma durumu, hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu, kan basıncı kontrol durumu	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney-U Testi
KHBDÖ ile İBÖS-KF arasındaki ilişki	Spearman korelasyon	
Verilerin Normallik Dağılımı	Kurtosis ve Skewness Katsayıları (106)	
İç Tutarlılık	Cronbach $\alpha$ Katsayısı	
İleri Analizler	LSD ve Mann Whitney-U Analizleri kullanılmıştır.	

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Etik Onay (Ek-4) ve Erzincan Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya alma ölç¼tlerini karşılayan 18 yaş ve üzeri hipertansif bireylere araştırmanın amacı, planı, yararları açıklanmış, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilmiş ve gön¼ll¼ olanlardan yazılı/s¼zl¼ onam alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırma Erzincan'da bulunan ASM'lerde kronik bakım modeline dayalı hizmet verilmemesi ve kronik hastalık bakımını değerlendirme ölç¼ęi alt boyutlarının cronbach alfa katsayılarının bu örneklem için d¼ř¼k düzeyde olması araştırmanın sınırlılıkları olarak belirlenmiş olup, sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 4.** Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s=407)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
<b>Yaş grubu</b>		
37- 50 yaş	44	10.8
51-64 yaş	194	47.7
65 yaş ve üzeri	169	41.5
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	256	62.9
Erkek	151	37.1
<b>Medeni durum</b>		
Evli	316	77.6
Bekâr/Dul/Boşanmış	91	22.4
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuryazar değil	101	24.8
Okuryazar/ İlkokul	206	50.6
Ortaokul/ Lise	75	18.4
Üniversite	25	6.2
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	30	7.4
Çalışmıyor	377	92.6
<b>Ekonomik durum algısı</b>		
İyi	65	16.0
Orta	281	69.0
Kötü	61	15.0
<b>Eşlik eden kronik hastalık durumu</b>		
Var	291	71.5
Yok	116	28.5
<b>Hipertansiyon tanı süresi</b>		
1-5 yıl	99	24.3
6-10 yıl	136	33.4
11 yıl ve üzeri	172	42.3
<b>Antihipertansif ilaç kullanım süresi</b>		
1-5 yıl	102	25.0
6-10 yıl	137	33.7
11 yıl ve üzeri	168	41.3

**Tablo 4.** Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı – Devamı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%			
<b>Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı</b>					
1	319	78.4			
2	79	19.4			
3 ve üzeri	9	2.2			
<b>Son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu</b>					
Başvuran	87	21.4			
Başvurmayan	320	78.6			
<b>En son kontrole gitme zamanı</b>					
<3 ay	252	61.9			
3-5 ay	141	34.7			
≥6 ay	14	3.4			
<b>Destek alma durumu</b>					
Alan	334	82.1			
Almayan	73	17.9			
<b>Hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu</b>					
Alan	374	91.9			
Almayan	33	8.1			
<b>*BKİ, kg/m<sup>2</sup></b>					
Normal	30	7.4			
Fazla kilolu	156	38.3			
Obez	221	54.3			
<b>Kan basıncı kontrol durumu</b>					
Kontrol olan	195	47.9			
Kontrol olmayan	212	52.1			
	<b>S</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	407	37	88	62.75	9.74

SS: Standart sapma, \*Zayıf birey yoktur.

Tablo 4’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hipertansif bireylerin % 47.7’si 51-64 yaş grubunda, % 62.9’u kadın, % 77.6’sı evli, % 50.6’sı okuryazar/ ilkökul eğitimi düzeyinde olduğu, % 92.6’sının çalışmadığı ve % 69’unun ekonomik durumunu “orta” olarak algıladığı saptanmıştır. Bireylerin % 71.5’inin eşlik eden kronik hastalığının olduğu, % 42.3’ünün 11 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon hastası

olduğu, % 41.3'ünün 11 yıl ve üzeri süredir antihipertansif ilaç kullandığı, % 78.4'ünün günlük kullandığı antihipertansif ilaç sayısının bir (1) olduğu belirlenmiştir. Aynı tabloda bireylerin % 78.6'sının son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurmadığı ve % 61.9'unun en son 3 aydan önce kontrole gittiği tespit edilmiştir. Ayrıca hipertansiflerin % 82.1'inin hastalık süresince destek, % 91.9'unun hipertansiyona ilişkin bilgi aldıkları belirlenmiştir. Bireylerin % 54.3'ünün obez olduğu % 52.1'inin kan basınçlarının kontrol altında olmadığı, yaş ortalamalarının  $62.75 \pm 9.74$  olduğu ve yaşın 37-88 yıl arasında değiştiği saptanmıştır.

**Tablo 5.** Hipertansif Bireylerin KHBDÖ Alt Boyutlar, Toplam ve İBÖS-KF'nun Puan Ortalamalarının Dağılımı (s=407)

<b>KHBDÖ Alt Boyutlar</b>	<b>Alnabilecek Puan Aralığı</b>	<b>Alınan Puan Aralığı</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
Hasta Katılımı	1-5	1-4	1.48	0.57
Karar Verme	1-5	1-5	2.90	0.77
Amaç Belirleme	1-5	1-3	1.58	0.44
Problem Çözme	1-5	1-4.25	1.62	0.63
İzlem/Koordinasyon	1-5	1-3.20	1.20	0.31
<b>KHBDÖ Toplam</b>	1-5	1-3.50	1.68	0.40
<b>İBÖS-KF</b>	13-52	13-52	41.54	9.45

Ort.: Ortalama, SS:Standart sapma

Tablo 5'de görüldüğü gibi hipertansif bireyler KHBDÖ Hasta Katılımı alt boyutundan  $1.48 \pm 0.57$ , Karar Verme alt boyutundan  $2.90 \pm 0.77$ , Amaç Belirleme alt boyutundan  $1.58 \pm 0.44$  puan, Problem Çözme alt boyutundan  $1.62 \pm 0.63$  ve İzlem/Koordinasyon alt boyutundan  $1.20 \pm 0.31$  puan almışlardır. Ayrıca hipertansiflerin KHBDÖ toplam puan ortalaması  $1.68 \pm 0.40$  olarak belirlenmiş ve İBÖS-KF puan ortalamasının  $41.54 \pm 9.45$  olduğu saptanmıştır.



**Tablo 6.** Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre KHBDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (s=407)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	KHBDÖ		Test ve önemlilik
		‡Ort.	%25-%75	
<b>Yaş grubu</b>				
37-50 yaş	44	1.80	1.51-2.19	$\chi^2_{KW}=12.294$ <b>p=0.002**</b>
51-64 yaş	194	1.60	1.40-1.90	
65 yaş ve üzeri	169	1.55	1.35-1.80	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	256	1.65	1.45-1.95	U=16349.500 <b>p=0.009**</b>
Erkek	151	1.55	1.35-1.85	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	316	1.60	1.40-1.90	U=14156.000 p=0.822
Bekâr/ Dul/ Boşanmış	91	1.60	1.35-1.90	
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Okuryazar değil	101	1.60	1.35-1.90	$\chi^2_{KW}=0.057$ p=0.996
Okuryazar/ İlkokul	206	1.60	1.40-1.90	
Ortaokul/ Lise	75	1.60	1.45-1.90	
Üniversite	25	1.60	1.30-1.87	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	30	1.75	1.43-2.21	U=4458.000 p=0.053
Çalışmıyor	377	1.60	1.40-1.85	
<b>Ekonomik durum algısı</b>				
İyi	65	1.55	1.37-1.87	$\chi^2_{KW}=2.512$ p=0.285
Orta	281	1.60	1.40-1.85	
Kötü	61	1.70	1.45-1.92	
<b>Eşlik eden kronik hastalık durumu</b>				
Var	291	1.65	1.40-1.90	U=15060.000 p=0.089
Yok	116	1.55	1.36-1.80	
<b>Hipertansiyon tanı süresi</b>				
1-5 yıl	99	1.60	1.35-1.85	$\chi^2_{KW}=1.108$ p=0.575
6-10 yıl	136	1.60	1.40-1.90	
11 yıl ve üzeri	172	1.60	1.45-1.94	
<b>Antihipertansif ilaç kullanım süresi</b>				
1-5 yıl	102	1.60	1.35-1.85	$\chi^2_{KW}=1.239$ p=0.538
6-10 yıl	137	1.60	1.40-1.87	
11 yıl ve üzeri	168	1.60	1.45-1.95	

\*p<0.05, \*\*p<0.01, ‡Ortanca değer

**Tablo 6.** Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre KHBDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması – Devamı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	KHBDÖ		Test ve önemlilik
		‡Ort.	%25-%75	
<b>Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı</b>				
1	319	1.60	1.40-1.85	$\chi^2_{KW}=6.406$ <b>p=0.041*</b>
2	79	1.70	1.45-2.00	
3 ve üzeri	9	1.65	1.45-2.22	
<b>Son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu</b>				
Başvuran	87	1.65	1.40-1.95	U=12787.500
Başvurmayan	320	1.60	1.40-1.85	p=0.244
<b>En son kontrole gitme zamanı</b>				
< 3 ay	252	1.65	1.45-1.95	$\chi^2_{KW}=7.803$ <b>p=0.020*</b>
3-5 ay	141	1.60	1.40-1.85	
≥ 6 ay	14	1.40	1.25-1.68	
<b>Destek alma durumu</b>				
Alan	334	1.60	1.45-1.90	U=10592.000
Almayan	73	1.55	1.30-1.80	p=0.079
<b>Hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu</b>				
Alan	374	1.65	1.45-1.90	U=2281.500
Almayan	33	1.25	1.15-1.40	<b>p&lt;0.001</b>
<b>BKİ kg/m<sup>2</sup></b>				
Normal	30	1.58	1.34-1.83	$\chi^2_{KW}=1.381$ p=0.501
Fazla kilolu	156	1.60	1.40-1.85	
Obez	221	1.60	1.40-1.93	
<b>Kan basıncı kontrol durumu</b>				
Kontrol olan	195	1.70	1.50-2.00	U=14505.500
Kontrol olmayan	212	1.55	1.35-1.75	<b>p&lt;0.001</b>

\*p<0.05, \*\*p<0.01, ‡Ortanca değer

Tablo 6'da görüldüğü gibi, hipertansif bireylerin yaş grubu, cinsiyeti, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, en son kontrole gitme zamanı, hipertansiyona ilişkin bilgi alma ve kan basıncı kontrol durumlarına göre KHBDÖ puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05, p<0.01, p<0.001). Yaş grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); 37-50 yaş grubunun puanının 51-64 ve 65 yaş ve üzeri gruptan yüksek olduğu saptanmıştır.

Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); farkın günlük 1 ve 2 antihipertansif ilaç alan gruptan kaynaklandığı ve en yüksek puana 2 ilaç alan grubun sahip olduğu belirlenmiştir. En son kontrole gitme zamanında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); 3 aydan önce kontrole gidenlerin puanının 3-5 ay ve 6 ay ve üzeri bir süre önce kontrole gidenlerden yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların erkeklerden, hipertansiyona ilişkin bilgi alanların almayanlardan ve kan basıncı kontrol altında olanların olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek KHBDÖ puanına sahip olduğu saptanmıştır.

Hipertansif bireylerin medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, eşlik eden kronik hastalık durumu, hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi, son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu, destek alma durumu ve BKİ grubuna göre ise KHBDÖ puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7.** Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ( s=407)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	İBÖS-KF		Test ve önemlilik
		Ort.	SS	
<b>Yaş grubu</b>				
37-50 yaş	44	41.86	10.42	F=0.102 p=0.903
51-64 yaş	194	41.32	9.67	
65 yaş ve üzeri	169	41.70	8.98	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	256	41.69	9.61	t=0.422
Erkek	151	41.28	9.20	p=0.674
<b>Medeni durum</b>				
Evli	316	41.72	9.62	t=0.714
Bekâr/ Dul/ Boşanmış	91	40.91	8.86	p=0.476
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Okuryazar değil	101	40.35	9.26	F=1.224 p=0.301
Okuryazar/ İlkokul	206	41.45	9.52	
Ortaokul/ Lise	75	42.80	9.19	
Üniversite	25	43.16	10.22	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	30	42.47	8.44	t=0.560
Çalışmıyor	377	41.46	9.54	p=0.576
<b>Ekonomik durum algısı</b>				
İyi	65	44.09	8.10	F=4.324 p=0.014*
Orta	281	41.45	9.52	
Kötü	61	39.19	9.92	
<b>Eşlik eden kronik hastalık durumu</b>				
Var	291	41.57	9.72	t=0.118
Yok	116	41.45	8.80	p=0.906
<b>Hipertansiyon tanı süresi</b>				
1-5 yıl	99	38.99	10.10	F=9.284 p<0.001
6-10 yıl	136	40.60	9.92	
11 yıl ve üzeri	172	43.74	8.17	
<b>Antihipertansif ilaç kullanım süresi</b>				
1-5 yıl	102	38.99	10.07	F=9.067 p<0.001
6-10 yıl	137	40.73	9.86	
11 yıl ve üzeri	168	43.73	8.20	

\*p<0.05, <sup>†</sup>Ortalama, SS: Standart sapma

**Tablo 7.** Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması – Devamı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	İBÖS-KF		Test ve önemlilik
		Ort.	SS	
<b>Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı</b>				
1	319	41.10	9.60	F=1.566 p=0.210
2	79	43.18	8.88	
3 ve üzeri	9	42.22	7.87	
<b>Son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu</b>				
Başvuran	87	41.18	8.90	t=-0.391
Başvurmayan	320	41.63	9.61	p=0.696
<b>En son kontrole gitme zamanı</b>				
<3 ay	252	41.85	8.67	F=13.785 p<0.001
3-5 ay	141	42.23	9.76	
≥6 ay	14	28.93	11.69	
<b>Destek alma durumu</b>				
Alan	334	41.87	9.49	t=1.507
Almayan	73	40.03	9.20	p=0.133
<b>Hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu</b>				
Alan	374	41.65	9.54	t=0.839
Almayan	33	40.21	8.38	p=0.402
<b>BKİ kg/m<sup>2</sup></b>				
Normal	30	38.83	10.49	F=1.333 p=0.265
Fazla kilolu	156	41.68	9.12	
Obez	221	41.80	9.53	
<b>Kan basıncı kontrol durumu</b>				
Kontrol olan	195	44.96	7.95	t=7.476
Kontrol olmayan	212	38.38	9.65	p<0.001

\*p<0.05, †Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 7’de görüldüğü gibi, çalışmaya katılan bireylerin ekonomik durum algısı, hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi, en son kontrole gitme zamanı ve kan basıncı kontrol durumlarına göre İBÖS-KF puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05, p<0.001). Ekonomik durum algısında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde

(LSD), ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin puan ortalamalarının, ekonomik durum algısı orta ve kötü olan bireylerden yüksek olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon tanı süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD), 11 yıl ve üzerinde tanı alan bireylerin puan ortalamalarının 1-5 yıl ve 6-10 yıldır tanı alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Antihipertansif ilaç kullanım süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD), 11 yıl ve üzeri süredir antihipertansif ilaç alan bireylerin puan ortalamalarının 1-5 yıl ve 6-10 yıldır antihipertansif ilaç alanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. En son kontrole gitme zamanı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede yapılan ileri analizde (LSD) ise, 6 ay ve üzeri bir süre önce kontrole giden bireylerin puan ortalamalarının, 3 aydan önce ve 3-5 ay arasında kontrole gidenlerden düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kan basıncı kontrol altında olan bireylerin olmayanlara göre İBÖS-KF puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hipertansif bireylerin yaş grubu, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşlik eden kronik hastalık durumu, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumu, destek alma durumu, hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu ve BKİ grubuna göre ise İBÖS-KF puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8.** Hipertansif Bireylerde KHBDÖ ile İBÖS-KF Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		<b>İBÖS-KF</b>
<b>KHBDÖ*</b>	r	0.345
	p	<b>0.000</b>

\*Spearman korelasyon

Tablo 8’de hipertansif bireylerde KHBDÖ ile İBÖS-KF puan ortalamaları arasında yapılan analize göre pozitif yönde, zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma bulgular doğrultusunda tartışılmış ve araştırma sorularına yanıt aranmıştır. Bu çalışmada tartışma aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olması nedeni ile benzer araştırmaların yanı sıra diğer kronik hastalıklarla yapılan araştırmalardan da yararlanılarak yapılmıştır.

Bu çalışmada hipertansif bireylerin KHBDÖ puan ortalaması  $1.68 \pm 0.40$  olup, en yüksek puan ortalamasını Karar Verme  $2.90 \pm 0.77$ , en düşük ise İzlem/Koordinasyon  $1.20 \pm 0.31$  alt boyutundan aldıkları, Hasta Katılımı alt boyutu  $1.48 \pm 0.57$ , Amaç Belirleme alt boyutu  $1.58 \pm 0.44$  ve Problem Çözme alt boyutu puan ortalamasının  $1.62 \pm 0.63$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ölçekten alınabilecek puan aralığı dikkate alındığında hipertansif bireylerin kronik hastalıklarına ilişkin aldıkları bakım hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu sonuç araştırmanın birinci sorusunu yanıtlamaktadır. Türkiye’de katılımcıların % 45.2’sini hipertansiyon hastasının oluşturduğu çeşitli kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan bir çalışmada hipertansif bireylerin KHBDÖ toplam puanı  $2.36 \pm 0.75$ , alt boyut puanları sırasıyla Hasta Katılımı  $2.28 \pm 1.05$ , Karar Verme Desteği  $3.11 \pm 1.09$ , Amaç Belirleme  $2.29 \pm 1.01$ , Problem Çözme  $1.68 \pm 0.76$  ve İzlem/Koordinasyon için  $1.68 \pm 0.76$  olduğu bildirilmiştir (107). Katılımcıların % 29,5’inin hipertansiyon hastası olduğu kronik hastalığı olan bireylerle yapılan diğer bir çalışmada hipertansiflerin KHBDÖ toplam puanı  $2.60 \pm 0.70$ , Hasta Katılımı  $2.67 \pm 1.07$ , Karar



Verme  $2.76 \pm 0.88$ , Amaç Belirleme  $2.34 \pm 0.89$ , Problem Çözme  $2.70 \pm 1.02$  ve İzlem/Koordinasyon alt boyutu puanının  $2.54 \pm 1.08$  olduğu belirlenmiştir (85). Örneklem % 52.7'sini hipertansif bireylerin oluşturduğu KHBDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ise KHBDÖ toplam puanı  $2.54 \pm 0.94$  olup, sırasıyla Hasta Katılımı  $2.57 \pm 1.33$ , Karar Verme  $3.36 \pm 1.17$ , Amaç Belirleme  $2.39 \pm 1.06$ , Problem Çözme  $2.83 \pm 1.32$  ve İzlem/Koordinasyon puan ortalaması  $1.94 \pm 1.03$  olarak belirlenmiştir (103). Glaskow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının KHBDÖ toplam puanının  $2.62 \pm 1.0$ , alt boyut puanlarının sırasıyla Hasta Katılımı  $2.87 \pm 1.3$ , Karar Desteği  $3.14 \pm 1.1$ , Amaç Belirleme  $2.47 \pm 1.1$ , Problem Çözme  $2.93 \pm 1.3$  ve İzlem/Koordinasyon  $2.08^2 \pm 1.2$  olduğu bildirilmiştir (102). Osteoartritli hastalarla yapılan bir çalışmada % 41.5'inde eşlik eden hastalık olarak hipertansiyon belirlenmiş ve KHBDÖ toplam puanı 2.43, alt boyutlardan sırasıyla alınan puanlar ise Hasta Katılımı 2.85, Karar Desteği 2.54, Amaç Belirleme 2.43, Problem Çözme 2.19 ve İzlem/Koordinasyon 2.17 olduğu saptanmıştır (108). Çalışma sonuçları incelendiğinde benzer sonuçlar bildirilmiş olup, bu çalışmadan elde edilen puanların diğerlerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçta bireysel özelliklerin yanı sıra sosyo-ekonomik, kültürel, ülkelerarası ve bölgesel coğrafik özelliklerin, bireylerin aldıkları hizmetten beklentilerinin ve sağlık kurumlarının farklılığının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması  $41.54 \pm 9.45$  olup, ölçekten alınabilecek alt ve üst değerler dikkate alındığında, antihipertansif ilaç tedavisine uyumun iyi düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 5). Bu sonuç araştırmanın ikinci sorusuna yanıt oluşturmaktadır. Yaşlı hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada,

İBÖS-KF puan ortalaması  $45.05 \pm 6.06$  olarak belirlenmiş olup, antihipertansif ilaç tedavisine uyumun yüksek olduğu (109), 8 maddelik Morisky İlaç Uyum Ölçeği kullanılarak 18 yaş ve üzeri hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada ilaç uyum puan ortalaması  $5.26 \pm 2.38$  olduğu ve % 78.2'sinin ilaç tedavisine uyumlu olduğu bildirilmiştir (110). Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda 26 maddelik İlaç Uyum Öz-etkililik Ölçeği (İBÖS) kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada İBÖS puan ortalaması  $71.9 \pm 3.9$  olup, uyumun iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (111). Mohammad ve arkadaşları tarafından 2016 yılında 8 maddelik Morisky İlaç Uyum Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ilaç uyum puan ortalamasının  $6.59 \pm 2.0$  olduğu ve hipertansif hastaların % 50.5'inin tedaviye uyumlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (66). Hacıhasanoğlu Aşılar ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan hipertansif hastalarda 8 maddelik Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında hipertansiflerin çoğunluğunun (% 58.7) tedaviye uyumunun düşük olduğu (112) ve Ma tarafından 2016 yılında yapılan diğer bir çalışmada ise hipertansif bireylerin % 78.7'sinin tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (113). Bu çalışma sonucu bildirilen diğer çalışma sonuçları ile benzerlik ve farklılık göstermektedir. Bu çalışma sonucunda hipertansif bireylerin kişisel özellikleri, kültürel ve çevresel faktörlerinin yanı sıra hipertansiyon yönetiminin önemini kavramış olmalarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada 37-50 yaş grubu hipertansif bireylerin KHBDÖ toplam puanının 51-64 ve 65 yaş ve üzeri gruptan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Krucien ve arkadaşları 2014 yılında obstrüktif uyku apnesi sendromlu ve % 27.7'sini hipertansiyon hastalarının oluşturduğu birden fazla eşlik eden kronik hastalığı bulunan bireylerle yapmış oldukları bir çalışmada 65 yaş altı hastaların 65 yaş üstü

hastalardan daha yüksek KHBDÖ puan ortalamasına sahip olduğunu bildirilmişlerdir (114). Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirildiği bir başka çalışmada hastaların yaşı arttıkça ölçek toplam puanın azaldığı belirlenmiştir (16). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan ve en fazla eşlik eden kronik hastalığın hipertansiyon (% 65) olduğu bildirilen başka bir çalışmada ise kronik hastalık yönetiminden memnuniyet puan ortalaması ile yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (115). Balbale ve arkadaşları tarafından 2016 yılında çeşitli kronik hastalıklara sahip bireylerle yapılan çalışmada da yaşa göre KHBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (116). Bildirilen çalışmalar farklı hasta gruplarından olmakla birlikte, sonuçlar bu sonuç ile benzerlik ve farklılık göstermektedir. Bu çalışma sonucu genç hipertansif bireylerin yaşamdan beklentilerinin yüksek olma ihtimali ve kendi bakımlarına daha aktif katılmaya yeterli ve istekli olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada kadınların KHBDÖ toplam puanının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada kadınların klinik muayeneye devam etmeleri erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (51). Glaskow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan çeşitli kronik hastalıklı bireylerin yer aldığı bir çalışmada kadınların KHBDÖ puanının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (102). Osteoartritli hastaların % 41.5'inde eşlik eden hastalık olarak hipertansiyon olduğu belirlenen diğer bir çalışmada da kadın cinsiyet ile KHBDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde önemli zayıf bir ilişki olduğu bildirilmiş olup (108) sonuçlar bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Ludt ve arkadaşlarının 2012 yılında koroner kalp hastası olan bireylerle yapmış olduğu bir çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre daha iyi

KHBDÖ puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiş olup (80) bu çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmekle birlikte, bu çalışma sonucu kadınların hastalıklarını daha fazla önemsemiş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada medeni duruma göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Türkiye’de % 20.7’sini kardiyovasküler sistem hastalıklarının oluşturduğu çeşitli kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan bir çalışmada (16) ve çoğunluğunu (% 45.2) hipertansiyonlu bireylerin oluşturduğu kronik hastalıklı bireylerle yapılan bir başka çalışmada medeni duruma göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (107). Ayrıca Üstünova ve Nahcivan tarafından 2015 yılında katılımcıların çoğunluğunda (% 65) eşlik eden kronik hastalık olarak hipertansiyon bulunan KOAH’lı hastalarda yapılan bir çalışmada da medeni duruma göre kronik hastalık bakım yönetimi memnuniyet puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (115). Suudi Arabistan Krallığı’nda % 24.68’ini hipertansiyonlu hastaların oluşturduğu kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan çalışmada da yaşa göre KHBDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (76). Bu sonuçlar mevcut çalışma sonucu ile paralellik göstermekte olup medeni durumun bakımı değerlendirmede önemli bir faktör olmadığı sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyine göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirildiği bir çalışmada (107) ve örneklemin % 15.2’sini hipertansiyonlu hastaların oluşturduğu kronik hastalıklı bireylerle yapılan başka bir çalışmada da eğitim durumuna göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark

saptanmamıştır (117). Balbale ve arkadaşları tarafından 2016 yılında çeşitli kronik hastalıklara sahip bireylerle yapılan bir çalışmada ise lise ve altı eğitim düzeyinde olan bireylerin, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlara göre daha yüksek KHBDÖ toplam puanına sahip olduğu belirlenmiştir (116). Çeşitli kronik hastalıklı bireylerin yer aldığı bir diğer çalışmada lise ve üzeri eğitim alan hastaların kronik hastalık bakım değerlendirme puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu bildirilmiştir (16). AlMomen ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan katılımcıların % 24.68'ini hipertansif bireylerin oluşturduğu çeşitli kronik hastalıklara sahip bireylerin yer aldığı diğer bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça KHBDÖ toplam puanının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (76). Farklı gruplarla yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiş olup, bu sonuçlarda bireysel, sosyo-kültürel, ekonomik özelliklerin yanı sıra hastalıkların ciddiyeti ve oluşturduğu komplikasyonların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hipertansif bireylerin çalışma durumuna göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eşlik eden hastalık olarak çoğunluğunu (% 65) hipertansiflerin oluşturduğu KOAH (115) ve % 24.68'inin hipertansiyon hastası olan kronik hastalıklı bireylerle yapılan diğer çalışmada da (76) çalışma durumuna göre KHBDÖ puanı arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda yapılan işin özelliklerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada ekonomik durum algısına göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Glaskow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında diyabet hastalarında yapılan bir çalışmaya göre yıllık gelir düzeyi ile KHBDÖ toplam puanı arasında önemli bir fark olmadığı saptanmış (118) olup bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Ay ve Arpacı tarafından 2017 yılında çeşitli

kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan bir diğer çalışmada ise geliri giderden fazla olduğunu algılayan hastaların KHBDÖ toplam puanının önemli düzeyde fazla olduğu ve geliri giderden fazla olmanın sağlık bakım algısını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (117). Benzer ve farklı sonuçlar bildirilen bu çalışma sonuçlarında bireysel özelliklerin yanı sıra bölgesel ve kültürel farklılıkların ve yaşam standartlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık durumuna göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Türkiye’de kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izleme alınan hastaların almış oldukları sağlık hizmetinin kalitesini etkileyen değişkenlerin araştırıldığı bir çalışmada da eşlik eden hastalık olma durumuna göre KHBDÖ toplam ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (85). Fransa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde birden fazla kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan iki farklı çalışmada kronik hastalık sayısına göre KHBDÖ toplam puanı arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (114, 116). Çalışma sonuçları mevcut çalışma sonucu ile paralellik göstermekte olup, bu sonuç birden fazla kronik hastalığa sahip olmanın sağlık hizmetlerinden alınan bakım memnuniyetini her zaman etkilemediğini göstermektedir.

Bu çalışmada hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresine göre KHBDÖ toplam puanı arasında farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. Glaskow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan çeşitli kronik hastalıkların yer aldığı KHBDÖ geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında da kronik hastalık süresi ile KHBDÖ ortalama puanı arasında fark olmadığı bildirilmiştir (102). Apaydın Kaya ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise hastalık süresi üç yıldan

uzun olanlarda daha kısa olanlara göre KHBDÖ ortalama puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (107). En fazla eşlik eden hastalığın % 65 ile hipertansiyon olduğu bildirilen KOAH hastalarında yapılan bir başka çalışmada, hastalık süresi arttıkça kronik hastalık bakım yönetiminden memnuniyet düzeyinin de arttığı bildirilmektedir (115). Farklı araştırmalarda farklı sonuçlar bildirilmiş olup, bu çalışma sonucu hizmet alınan kurumlarda kronik bakım modeline dayalı hizmet verilmemiş olması ve bireylerin hipertansiyon tanı ve tedavi aldıkları süreden bu yıla kadar bakım algısında değişikliğin olmaması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada günlük 2 antihipertansif ilaç alan bireylerin günlük 1 ve 3 ve üzeri alan bireylerden daha yüksek KHBDÖ puanına sahip olduğu, bu yüksekliğin günlük 1 ilaç alan grup ile anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir. Örneklemin % 20.7'sini kardiyovasküler sistem hastalıklı bireylerin oluşturduğu kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirildiği bir çalışmada, günlük kullanılan ilaç sayısı ile KHBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (16). Bu sonuç iki antihipertansif ilaç kullanan bireylerin kendilerini hastalık kontrol durumu açısından daha güvende hissetmiş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvurma durumuna göre KHBDÖ toplam puanı arasında farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada da acile başvurma sıklığı ile KHBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (115). Balbale ve arkadaşları tarafından 2016 yılında çeşitli kronik hastalıklara sahip bireylerle yapılan bir başka çalışmada, son 6 ay içerisinde yapılan doktor ya da hastane ziyaretinin yüksek KHBDÖ puan ortalaması ile önemli derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir (116). Belirtilen çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiştir. Sonuçlarda

farklı hastalık grupları, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bu çalışmada son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile başvuran birey sayısının az olmasının yanı sıra alınan hizmet kalitesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada 3 aydan önce kontrole giden hipertansif bireylerin KHBDÖ toplam puanının 3-5 ay ve 6 ay ve üzeri bir süre önce kontrole gidenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ludt ve arkadaşları 2012 yılında koroner kalp hastaları ile yaptıkları bir çalışmada yılda 3 ya da daha az muayene olan hastaların 7 kereden fazla muayene olanlardan anlamlı düzeyde düşük KHBDÖ puanına sahip olduklarını bildirmişlerdir (80). Apaydın Kaya ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirildiği bir çalışmada son muayene zamanı (107), Krucien ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada da yıl içinde yapılan danışmanlık sayısı ile KHBDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (114). Bu çalışma sonucunda sağlık profesyoneli ile yakın zamanda etkileşimin, hipertansif bireylerin aldıkları bakım hizmetinin güven duygusu ve memnuniyet düzeylerini arttırmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastalık süresince destek alma durumuna göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığı bulunan bireylere verilen bakımın değerlendirildiği bir çalışmada da destek alma durumu ile kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (16). Sosyal destek sistemleri, insan yaşamında önemli bir yere sahip olan ve gerektiğinde bireylere duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler olarak tanımlanmaktadır (119). Bu çalışma sonucunda sosyal desteğin farkında olmama, destek kaynaklarını yanlış



değerlendirme ve sosyal desteğin kimden ve nasıl alındığının önemli olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hipertansiyona ilişkin bilgi alanların almayanlardan anlamlı düzeyde yüksek KHBDÖ puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Örneklemin % 65'inde ek olarak hipertansiyon hastalığı bulunan KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada hastalıklarına ilişkin bilgi alanların almayanlara göre KHBDÖ toplam puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiş (115) olup, bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışma sonucu bilgi aldığını belirten hipertansiflerin bilgilerinin hipertansiyon yönetimine yansımış olması ile açıklanabilir.

BKİ'ye göre KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Iglesias ve arkadaşları tarafından 2014 yılında diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada da kilo ile KHBDÖ puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (120). Bildirilen çalışma bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermekte olup, sonuçta bireylerin hipertansiyon yönetiminde kiloyu sorun etmemiş ve bununla baş edebileceklerini düşünmüş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada kan basıncı kontrol altında olan hipertansif bireylerin olmayan bireylere göre KHBDÖ toplam puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. En etkili hipertansiyon bakım modelinin anahtar noktasının hipertansiyon bakım hizmeti sunumunda iş birliği yapan multidisipliner bir ekip olduğu bildirilmiş olup, ekibe dayalı hipertansiyon bakımının kan basıncı kontrolünü sağladığı, SKB ve DKB'yi azalttığı bildirilmiştir (84). Hipertansif bireylerle yapılan randomize kontrol gruplu deneysel bir çalışmada entegre bakım modelinin uygulandığı grupta kan basıncının anlamlı düzeyde azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı ve hastaneye yatışların azaldığı belirlenmiştir (121). Bu çalışma sonucu literatür

bilgisini desteklemekte olup, çalışma sonucunda hipertansiflerin kan basıncı kontrolünün önemini ve hastalığın ciddiyetini kavramış olması ile açıklanabilir.

Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü sorusu olan ‘hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri hipertansiyon bakımını değerlendirmeyi etkiler mi?’ sorusunun cevabını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada yaş grubuna göre İBÖS-KF puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda yaş ile antihipertansif ilaç tedavisine (122, 123), diğer çalışmada (124) hipertansiyon tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Tong ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir başka çalışmada ise 45-64 yaş arası ve 65 yaş üzeri hipertansif bireyler ile kıyaslandığında 18-44 yaş arası hastaların antihipertansif tedaviye uyumsuzluğunun (125), diğer bir çalışmada yaş arttıkça uyum oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (65). Chelkeba ve Dessie 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada yaş arttıkça hipertansif olma durumunun ve uyumsuzluğunun arttığını bildirmişlerdir (126). Farklı araştırmalarda farklı sonuçlar bildirilmiş olup, sonuçlarda hipertansiflerin bireysel özelliklerinin, hastalık farkındalıklarının ve hastalığı önemseme durumlarının etkili olabileceği ile düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyete göre İBÖS-KF puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda da ilaca uyum ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (110, 112, 127, 128). Karadağ ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada ise kadınların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (123). Kadınlar ve erkeklerin hipertansiyon kontrol durumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise,

hipertansiyon kontrolüne engel olacak olumsuz faktörlere rağmen hipertansif kadınların kan basıncı kontrol düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (94). Çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiş olup, sonuçlar cinsiyetin ilaca uyumda her zaman etkili bir faktör olmadığını göstermektedir. Ayrıca bu çalışma sonucu tüm hipertansif bireylerin ilaca uyumu kan basıncı kontrolünde önemli bir faktör olarak görmüş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hipertansif bireylerin medeni durumuna göre İBÖS-KF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Türkiye’de hipertansif hastalarla yapılan çalışmalarda da medeni duruma göre ilaca uyum arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (110, 112). Mahmoud tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada da medeni durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiş (124) olup sonuçlar bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlara göre medeni durumun ilaca uyum öz etkililik algısını değiştirmede etkili bir faktör olmadığı sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada hipertansif bireylerin eğitim düzeyine göre İBÖS-KF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Türkiye’de hipertansif bireylerle yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu ile ilaç tedavisine uyum puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (110-112) ve başka bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça uyum düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (129). Ma tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hipertansif bireylerin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu (113) ve Vawter ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada düşük eğitilmiş kişilerin antihipertansif ilaçlarını almada daha fazla zorluk yaşadığı saptanmıştır (130). Farklı sonuçlar eğitim düzeyinin ilaca uyumda her zaman belirleyici olmadığını göstermekle birlikte, bireysel özelliklerin yanı sıra

sosyo-kültürel, ekonomik ve bölgesel farklılıkların da bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hipertansif bireylerin çalışma durumuna göre antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç Türkiye’de hipertansif bireylerle yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (110, 112, 122). Mahmoud tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada çalışmayan hipertansif bireylerin hipertansiyon tedavisine daha iyi uyum gösterdikleri belirlenmiş (124) olup bu çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Bu sonuçta kültürel, bölgesel özelliklerin yanı sıra bu araştırma kapsamına alınan bireylerin yaşamdan beklentileri ve çalışma şartlarından kaynaklanan antihipertansif tedaviye uyumlarını etkileyecek herhangi bir durumla karşılaşmamış olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin İBÖS-KF puan ortalamasının, orta ve kötü olan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Hipertansif bireylerle yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (112, 113). Vawter ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir başka çalışmada düşük gelirli hipertansif bireylerin antihipertansif ilaçlarını almada zorlandıkları ve bu durumun anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır (130). Yapılan diğer çalışmalarda ise gelir durumu ile ilaca uyum puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (110, 127). Farklı ve benzer sonuçlara hipertansiflerin bireysel özellikleri ve yaşamdan beklentilerinin yanı sıra ekonomik durumunu iyi olarak algılayan hipertansiflerin antihipertansif ilaca ulaşımında sıkıntı duymamış olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık durumuna göre İBÖS-KF arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da hipertansiyonla birlikte ek kronik hastalık bulunma durumu ile antihipertansif ilaca uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (112, 122, 123, 127). Inkster ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada eşlik eden hastalık durumu ile antihipertansif ilaca uyum (14), diğer bir çalışmada ise tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (124). Bildirilen çalışmalar bu çalışma sonucunu desteklemekte olup, çalışma sonucu hipertansiyon yönetiminde ilaca uyumun öneminin anlaşılması ve bu nedenle diğer kronik hastalıkların antihipertansif ilaç tedavisine uyumu etkilememesi ile açıklanabilir.

Hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresine göre İBÖS-KF puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu, 11 yıl ve üzerinde tanı ve antihipertansif ilaç alan hipertansiflerin 1-5 ve 6-10 yıldır tanı ve antihipertansif ilaç alanlara göre İBÖS-KF puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Çin’de yapılan iki farklı çalışmada hipertansiyon süresi daha kısa olan hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu olduğu (113, 131), Suudi Arabistan Krallığı’nda yapılan diğer bir çalışmada ise tanı süresi ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (124). Türkiye’de yapılan çalışmalarda hastalık süresi (110, 122) ve tedavi süresi (110, 127) ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir. Bu çalışma sonucu bireylerin zaman içerisinde yüksek kan basıncına bağlı daha fazla komplikasyon ve olumsuzluk deneyimlemiş ve zamanla düzenli ilaç kullanmanın önemini daha iyi kavramış olabilecekleri ile açıklanabilir.

Bu çalışmada günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısına göre İBÖS-KF arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada antihipertansif ilaç sayısı ile ilaca uyum (14, 132), diğer bir çalışmada ilaca uyumsuzluk arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (125). Selçuk ve arkadaşları tarafından 2017 yılında hipertansif bireylerle yapılan başka bir çalışmada ise hipertansiyon tedavisi için 3 ve üzerinde ilaç türü kullanan hipertansif bireylerin, 1 ve 2 tür ilaç kullananlara göre ilaç tedavisine uyum oranının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (110). Mohammad ve arkadaşları tarafından 2016 yılında hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada kombine ilaç tedavisi almanın yüksek uyumun belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (66). Çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiş olup, bu çalışma sonucu 2 ve üzerinde antihipertansif tedavi alan birey sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada en son 6 ay ve üzeri bir süre önce kontrole giden hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalamalarının, en son 3 aydan önce ve 3-5 ay arasında kontrole gidenlerden anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 yılında yapılan bir çalışmada son altı ay içinde ve altı aydan önce kan basıncı kontrolü yaptırma, evde kan basıncını izleme, geçmiş yıl içerisinde muayene olma antihipertansif ilaca uyumsuzlukta önemli bir faktör olarak bildirilmemiştir (125). Yapılan bir çalışmada 6 aydan daha uzun bir süre önce kan basıncı için kontrole giden hipertansif bireylerin son 6 ay içinde kontrole giden hipertansiflere göre antihipertansif ilaçlarını düzenli almada önemli düzeyde zorlandıklarını bildirmişlerdir (130). Yapılan diğer bir çalışmada da doktor kontrollerine giden hipertansiflerin, kontrole gitmeyi erteleyen hipertansiflere göre ilaca uyum puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (66). Bu çalışma

sonucu hipertansif bireylerin sağlık profesyonelleri ile kısa süreli aralıklarda görüşmelerinin olumlu sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada hipertansif hastaların destek alma durumuna göre İBÖS-KF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan üç farklı çalışmada ise daha fazla sosyal destek alan hipertansif bireylerin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (113, 124, 131). İlaça uyumu etkileyen faktörlerin incelendiği bir başka çalışmada, sosyal desteğe sahip olan hastaların kan basıncı kontrol oranlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir (72). Hipertansif bireylerle yapılan başka bir çalışmada aile üyeleri ve komşular gibi sosyal ağlardan destek alan hastaların tedaviye ulaşma engellerinin üstesinden geldiği, destek almayanların ise daha fazla yalnızlık deneyimlediği ve sağlık bakım merkezlerine ulaşmada güçlük çektikleri ifade edilmiştir (133). Yalnız yaşayan yaşlı hipertansif bireylerin ailesi ile yaşayanlara göre tedaviye daha iyi uyum gösterdikleri, başka bir çalışma sonucu olarak rapor edilmiştir (65). Yapılan çalışma sonuçları farklılık göstermekte olup bu sonuçlarda bireylerin kişisel, kültürel ve bölgesel özelliklerinin yanı sıra sosyal desteğin kimden ve nasıl alındığının da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada hipertansif bireylerin hastalığına ilişkin bilgi alma durumlarına göre İBÖS-KF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Karadağ ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada da hipertansiyonun tanımını ve komplikasyonlarını bilme durumu ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (123). Hastalar arasında antihipertansif tedaviye uyumun belirleyicilerini saptamak amacıyla yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların % 43.5'inin tedaviye uyumunun

iyi düzeyde ve iyi uyumun hipertansiyon bilgisi yüksek yaşlı bireylerde anlamlı düzeyde daha yaygın olduğu belirlenmiştir (134). Diğer bir çalışmada ilaca uyumsuzluk için en etkili faktörün hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması olarak bildirilmiştir (126). Çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiş olup, bu sonuçta bireylerin kimden ve nasıl bilgi aldığının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hipertansif bireylerin BKİ grubuna göre İBÖS-KF puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hipertansif bireylerle yapılan iki farklı çalışmada BKİ'ye göre antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (110, 112). Tong ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada da BKİ grubuna göre antihipertansif ilaca uyumsuzluk arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (125). Çalışma sonuçları mevcut çalışma ile paralellik göstermekte olup, bu sonuçta hipertansif bireylerin kişisel özelliklerinin yanı sıra kilolu olma durumunu ilaç tedavisine uyumlarında engel olarak görmemelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kan basıncı kontrol durumu ile İBÖS-KF puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu, kan basıncı kontrol altında olan hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Thomas ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada hipertansiyon kontrol durumu ve antihipertansif ilaca uyum arasında anlamlı bir fark bulunduğu, uyumlu hastaların sistol ve diyastol kan basınçlarının anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (132). Ayrıca yapılan bir başka çalışmada antihipertansif tedaviye uyum gösteren hipertansif hastalarda kan basıncı değerinin daha iyi olduğu, uyumlu hastaların % 21.4'ünde ve uyumsuz hastaların % 59.1'inde 140/90 mmHg üzerinde kan basıncı



değerinin görüldüğü rapor edilmiştir (128). Hipertansif hastalarda ilaca uyumun değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise kan basıncı kontrol altında olan hipertansiflerin ilaca uyum puanlarının kontrol altında olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (66). Türkiye’de hipertansiflerle yapılan bir çalışmada kan basıncı kontrol altında olan hastaların, kan basıncı kontrol altında olmayanlara göre daha yüksek ilaca uyum öz-etkililik puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (70). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup, bu çalışma sonucunda hipertansiflerin ilaçlarını düzenli ve doğru bir şekilde kullanılmasının önemini ve hastalığın ciddiyetini kavramış olmaları ile açıklanabilir.

Bu sonuçlar araştırmanın dördüncü sorusu olan ‘hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri antihipertansif ilaca uyum öz-etkililiği etkiler mi?’ sorusuna yanıt oluşturmaktadır.

Hipertansif bireylerin KHBDÖ toplam puanı ile İBÖS-KF puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyli anlamlı ilişki olduğu, hipertansiflerin kronik hastalık bakım değerlendirme puanı arttıkça, antihipertansif tedaviye uyum öz-etkililik puanının da arttığı saptanmıştır. Diyabet ve diğer kronik hastalıklı bireylerin yer aldığı bir çalışmada birinci basamakta kronik hastalık bakım değerlendirme puanı ile tedaviye uyum puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (135). Schmittiel ve arkadaşları tarafından 2007 yılında örneklemin % 17’sini kalp yetmezliği ve % 17’sini koroner arter hastalığı olan bireylerin oluşturduğu çeşitli kronik hastalıklı bireylerle yapılan bir çalışmada KHBDÖ toplam puanı ile ilaca uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (86). Bu sonuç hipertansiyona yönelik alınan

sağlık bakım hizmetinden memnuniyet düzeyinin artmasının, antihipertansif ilaca uyumu olumlu yönde etkilemesi ile açıklanabilir.

Bu sonuç araştırmanın beşinci sorusu olan ‘hipertansiyon bakımını değerlendirme ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililik arasında ilişki var mıdır?’ sorusuna yanıt oluşturmaktadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada KHBDÖ puan ortalaması  $1.68\pm 0.40$  olup, ölçekten alınabilecek puanlar dikkate alındığında hastaların kronik hastalık bakım değerlendirme düzeyinin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Araştırmada 37-50 yaş grubunda bulunan hipertansif bireylerin, 51-64 ve 65 yaş ve üzeri gruptan; günlük 2 antihipertansif ilaç kullananların, günlük 1 antihipertansif ilaç kullananlardan; 3 aydan önce kontrole gidenlerin 3-5 ay ve 6 ay ve üzeri bir süre önce kontrole gidenlerden anlamlı düzeyde yüksek KHBDÖ puanına sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların erkeklerden, hipertansiyona ilişkin bilgi alanların almayanlardan ve kan basıncı kontrol altında olanların olmayanlardan KHBDÖ puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada İBÖS-KF puan ortalaması  $41.54\pm 9.45$  olarak saptanmış olup, ölçekten alınabilecek puanlar göz önünde bulundurulduğunda antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililiğin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin puan ortalamalarının, ekonomik durum algısı orta ve kötü olan bireylerden; hipertansiyon tanı ve antihipertansif ilaç kullanım süresi 11 yıl ve üzerinde olan bireylerin, 1-5 yıl ve 6-10 yıl olanlardan; kan basıncı kontrol altında olanların olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek; en son kontrole gitme zamanı 6 ay ve üzerinde olan bireylerin, 3 aydan önce ve 3-5 ay arasında olan bireylerden anlamlı düzeyde düşük İBÖS-KF puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Spearman Korelasyon analizine göre KHBDÖ puan ortalaması ile İBÖS-KF puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile kronik hastalık bakımından memnuniyet puan

ortalaması arttıkça antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkilik puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır.

Sonuç olarak kronik hastalık bakımını değerlendirmenin ve antihipertansif ilaç tedavisine uyumun değiştirilebilir ve değiştirilemez bazı faktörlerden etkilendiği ve kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyi arttıkça antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililiğin arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hemşirelerin ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin hipertansiyon bakımını iyileştirmek ve kontrol düzeyini arttırmak için hipertansif bireylerin kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemeleri,
- ✓ Hastalıklarına ve antihipertansif ilaç tedavilerine uyumlarını değerlendirip, hastalara bakım gereksinimleri doğrultusunda birey merkezli ve bütüncül olarak bakım vermeleri,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyonu kapsayan hasta odaklı kronik hastalık bakım hizmetlerinin planlanması,
- ✓ Bundan sonra yapılacak olan araştırmalarda hipertansif bireylerin kronik hastalık bakımına yönelik algılarını, beklentilerini, antihipertansif ilaç tedavisine uyum ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek için çok merkezli araştırmalar yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Laucka, P. V. ve Trotter, J. M. (2001). Medication Management of Hypertension. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 17(2), 61-82.
2. Dönmez, İ., Memioğlu, T. ve Erdem, F. (2015). Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. *European Journal of Health Sciences*, 1(1), 49-53.
3. Bilir, N. ve Paksoy Erbaydar, N. (2015). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. (Güler, Ç., Akın, L. Ed.) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Yayınları.
4. Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K. ve He, J. (2005). Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. *Lancet*, 365, 217-223.
5. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. [http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans\\_calismasi\\_2.php](http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php). Erişim tarihi: 22.09.2017.
6. Hacıhasanoğlu Aşıl, R., İnandı, T., Yıldırım, A. ve Sağlam, R. (2014). Erzincan'da Kırk Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavisi ve Kontrolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 13(5), 357-366.
7. Şenuzun, F. ve Özer, S. (2012). Hipertansiyon ve Bakım. (Durna, Z. Ed.) *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
8. Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M. ve diğerleri (2008). Improving The Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority for Primary Health Care. *The Lancet*, 372(9642), 940-949.
9. Haskett, T. (2006). Chronic Illness Management: Changing the System. *Home Health Care Management Practice*, 18, 492-494.

10. İncirkuş, K. ve Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
11. Tokem, Y., Taşçı, E. ve Yılmaz, M. (2013). Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 30-40.
12. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, C. ve diğerleri. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507-520.
13. Hacıhasanoğlu Aşilar, R. (2015). Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 151-159.
14. Inkster, M. E., Donnan, P. T., MacDonald, T. M., Sullivan, F. M. ve Fahey, T. (2006). Adherence to Antihypertensive Medication and Association with Patient and Practice Factors. *Journal of Human Hypertension*, 20, 295-297.
15. International Council of Nurses. (2010). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day, Geneva, Switzerland, 1-63.
16. Yılmaz Karabulutlu, E., Atman, R. ve Yağcı, S. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-30.
17. Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2), 167-172.
18. Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N. ve Kostis, J. B. (2009). Definition and Classification of Hpertension: An Update. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(11), 611-614.

19. Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H. W., Joffres, M. ve diğeri. (2003). Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada and the United States. *JAMA*, 289(18), 2363-2369.
20. World Health Organization. (2013). A Global Brief on Hypertension. WHO/DCO/WHD/2013.2.April3.Switzerland.([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1)). (Erişim Tarihi: 23.09.2017).
21. Sarki, A. M., Nduka, C. U., Stranges, S., Kandala, N. B. ve Uthman, O. A. (2015). Prevalence of Hypertension in Low- and Middle- Income Countries. *Medicine*, 94(50), 1-16.
22. Altun, B., Arici, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç. ve diğeri. (2005). Prevalence, Awareness, Treatment and Control Of Hypertension in Turkey (The Patent Study) in 2003. *Journal of Hypertension*, 23(10), 1817-1823.
23. Arici, M., Turgan, C., Altun, B., Sindel, S., Erbay, B., Derici, U. ve diğeri. (2010). Hypertension Incidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study. *Journal of Hypertension*, 28, 240-244.
24. Badır, A. (2014). Hipertansiyon. (Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
25. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (2003). The JNC 7 Report. *The Journal of The American Medical Association*, 289(19),2560-72.
26. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M. ve diğeri. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34(28), 2159-2219.

27. Rubattu, S., Pagliaro, B., Pierelli, G., Santolamazza, C., Castro, S. D. ve diğeri. (2015). Pathogenesis of Target Organ Damage in Hypertension: Role of Mitochondrial Oxidative Stress. *International Journal of Molecular Sciences*, 16, 823-839.
28. Yalçın, B.M. ve Şahin, E. M. (2002). Birinci Basamakta Esansiyel Hipertansiyona Yaklaşım. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3-4), 162-170.
29. Öksüz, E. (2004). Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(3), 99-104.
30. Nandhini, S. (2014). Essential Hypertension-A Review Article. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 6(9), 305-307.
31. Viera, A. J. ve Neutze, D. M. (2010). Diagnosis of Secondary Hypertension: An Age-Based Approach. *American Family Physician*, 82(12), 1471-1478.
32. Rimoldi, S. F., Scherrer, U. ve Messerli, F. H. (2014). Secondary Arterial Hypertension: When, Who and How to Screen?. *European Heart Journal*, 35, 1245-1254.
33. Kaplan, N. M., Victor, R. G. ve Flynn, J. T. (2015). Kaplan's Clinical Hypertension. 11. Edition, 1-461.
34. Babalık, E. (2005). Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, 18(2), 25-32.
35. Siyad, A. R. (2011). Hypertension. *Hygeia: Journal For Drugs and Medicines*, 3(1), 1-16.
36. Eddouks, M., Hebi, M., El Bouhali, B. ve Zeggwagh, N. (2015). Pathophysiologic Aspects of Hypertension. *International Journal of Diabetology & Vascular Disease Research*, 3(1), 76-82.
37. Zungur, M. ve Yıldız, A. (2004). Hipertansif Hastaya Yaklaşım. *STED*, 13(8), 297-303.



38. American Heart Association. (2014). Understanding and Managing High Blood Pressure.  
[http://dhhs.ne.gov/publichealth/WMHealth/Documents/Understanding\\_Managing\\_HBP.pdf](http://dhhs.ne.gov/publichealth/WMHealth/Documents/Understanding_Managing_HBP.pdf). Erişim Tarihi: 24.09.2017.
39. Duprez, D. A. (2008). Cardiac Autonomic Imbalance in Pre-Hypertension and in a Family History of Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(19), 1902-1903.
40. Youssef, G., Tebi, I. E., Osama, D., Shehahta, A., Baligh, E., Ashour, Z. ve diğerleri. (2016). Familial History of Hypertension as A Predictor of Increased Arterial Stiffness in Normotensive Offspring. *The Egyptian Heart Journal*, 69(1). 37-44.
41. Slama, M., Susic, D. ve Frohlich, E. D. (2002). Prevention of Hypertension. *Current Opinion in Cardiology*, 17, 531-536.
42. Lackland, D. T. (2014). Racial Differences in Hypertension: Implications for High Blood Pressure Management. *The American Journal of the Medical Sciences*, 348(2), 135-138.
43. Brown, M. J. (2006). Hypertension and Ethnic Group. *BMJ*, 332(7545), 833-836.
44. Gudmundsdottir, H., Hoieggen, A., Stenehjem, A., Waldum, B. ve Os, I. (2012). Hypertension in Women: Latest Findings and Clinical Implications. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 3(3), 137-146.
45. Geraci, T. S. ve Geraci, S. A. (2013). Considerations in Women with Hypertension. *Southern Medical Journal*, 106(7), 434-438.
46. World Health Organization. (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva, 1-264.
47. Kokkinos, P. F., Giannelou, A., Manolis, A. ve Pittaras, A. (2009). Physical Activity in the Prevention and Management of High Blood Pressure. *Hellenic Journal of Cardiology*, 50, 52-59.

48. Ghadieh, A. S. ve Saab, B. (2015). Evidence for Exercise Training in the Management of Hypertension in Adults. *Canadian Family Physician*, 61, 233-239.
49. Ciolac, E. G. (2012). High-Intensity Interval Training and Hypertension: Maximizing the Benefits of Exercise?. *American Journal of Cardiovascular Disease*, 2(2), 102-110.
50. Kotchen, T. A. (2010). Obesity-Related Hypertension: Epidemiology, Pathophysiology, and Clinical Management. *American Journal of Hypertension*, 23(11), 1170-1178.
51. Al-Khaldi (2011). YM. Quality of hypertension care in the family practice center, Aseer Region, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 201;18(2): 45-48.
52. Briasoulis, A., Agarwal, V. ve Messerli, F. H. (2012). Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Men and Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(11), 792-798.
53. Leone, A. (2015). Smoking and Hypertension. *Journal of Cardiology & Current Research*, 2(2), 1-7.
54. Simonyi, G. (2014). Chronic Stress in the Development of Essential Hypertension, Role of Rilmenidine in the Treatment of Stress Induced Hypertension. *American Journal of Internal Medicine*, 2(1), 1-5.
55. Park, H. ve Kim, K. (2013). Associations Between Oral Contraceptive Use and Risks of Hypertension and Prehypertension in a Cross-Sectional Study of Korean Women. *BMC Women's Health*, 13(39), 1-7.
56. Haroon, S. ve Naveed, A. K. (2014). Effect of Hormonal Contraceptives on Serum Electrolytes and Blood Pressure. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 28(4), 409-413.
57. Sawicka, K., Szczyrek, M., Jastrzębska, I., Prasał, M., Zwolak, A. ve Daniluk, J. (2011). Hypertension- The Silent Killer. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(2), 43-46.

58. Aydın, Z. ve Öztürk, S. (2014). Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Haseki Tıp Bülteni*, 52, 251-255.
59. Piercefield, E. W., Robinson, M. H., Ragan, A. P., Howard, M. E., Kirk, C. E. ve Reese, S. D. (2016). Antihypertensive Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Central Alabama Veterans. *Journal of Clinical Hypertension*, 00, 1-7.
60. Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G. ve diğerleri. (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 1-2.
61. Akın, S. (2013). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım. (Durna, Z.Ed.) *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
62. Aronow, W. S. (2012). Treatment of Systemic Hypertension. *American Journal of Cardiovascular Disease*, 2(3), 160-170.
63. Wan, X., Ma, P. ve Zhang, X. (2014). A Promising Choice in Hypertension Treatment: Fixed-Dosed Combinations. *Asian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 9, 1-7.
64. Lemogoum, D. (2014). Challenge for Hypertension Prevention and Control Worldwide: The Time for Action. *The Journal of Clinical Hypertension*, 16(8), 554-556.
65. Lo, S. H. S., Chau, J. P. C., Woo, J., Thompson, D. R. ve Choi, K. C. (2016). Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 296-303.
66. Mohammad, Y., Amal, A., Sanaa, A., Samar, R., Salam, Z., Wafa, B. ve diğerleri. (2016). Evaluation of Medication Adherence in Lebanese Hypertensive Patients. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 6, 157-167.

67. Morrissey, E C., Durand, H., Nieuwlaat, R., Navarro, T., Haynes, R. B. Walsh, J. C. ve diğeri (2016). Effectiveness and Content Analysis of Interventions to Enhance Medication Adherence in Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis Protocol. *Systematic Reviews*, 5(96), 1-7.
68. World Health Organization. (2003). Adherence to Long-Term Therapies Evidence For Action. Switzerland, 1-192.
69. AlGhurair, S. A., Hughes, C. A., Simpson, S. H. ve Guirguis, L. M. (2012). A Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(12), 877-886.
70. Gözüm, S. ve Hacıhasanoğlu, R. (2009). Reliability and Validity of the Turkish Adaptation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive Patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 129–136.
71. Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S. ve Çapık, C. (2012). Validity of the Turkish Version of the Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form in Hypertensive Patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 12, 241-248.
72. Chang, C. ve Green, S. (2011). Hypertension Management in the Dominican Republic: Factors Affecting Medication Adherence. <https://hhidr.org/wp-content/uploads/2012/01/FINAL-Report-Hypertension-Management-Factors-Affecting-Medication-Adherence-2.26.12.pdf>. Erişim Tarihi: 06.10.2017.
73. Alsolami, F., Hou, X. ve Correa-Velez, I. (2012). Factors Affecting Antihypertensive Treatment Adherence: A Saudi Arabian Perspective. *Clinical Medicine and Diagnostics*. 2(4), 27-32.
74. Aypak, C., Önder, Ö., Dicle, M., Yıkılkan, H., Tekin, H. ve Görpelioğlu, S. (2013). Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Kontrol Düzeylerinin ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 38(2), 224-232.

75. Tsiantou, V., Pantzou, P., Pavi, E., Koulierakis, G. ve Kyriopoulos, J. (2010). Factors Affecting Adherence to Antihypertensive Medication in Greece: Results from A Qualitative Study. *Patient Preference and Adherence*, 4, 335-343.
76. AlMomen, R., Abdelhay, O., Alrowais, N. A. ve Elsaid, T. (2015). Evaluation of Patient With Chronic Disease Using Patient Assessment of Chronic Illness Care Questionnaire (PACIC) in Riyadh Ksa. *International Journal of Current Advanced Research*, 4(9), 378-381.
77. Türkmen, E. (2012). Koroner Arter Hastalıkları ve Bakım. (Durna, Z. Ed.) *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
78. Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 153-164.
79. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S. ve Brown, A. (2015). Factors Influencing the Implementation of Chronic Care Models: A Systematic Literature Review. *BMC Family Practice*, 16(102), 1-12.
80. Ludt, S., Lieshout J. V., Campbell, S. M., Rochon, J., Ose, D., Freund, T. ve diğerleri. (2012). Identifying Factors Associated with Experiences of Coronary Heart Disease Patients Receiving Structured Chronic Care and Counselling in European Primary Care. *BMC Health Services Research*, 12, 221, 1-11.
81. Lewanczuk, R. (2008). Hypertension as a Chronic Disease: What can be done at a Regional Level?. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(6), 483-484.
82. Bodenheimer, T., Wagner, E. H. ve Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779.
83. Solberg, L. I., Trangle, M. A. ve Wineman, A. P. (2005). Follow-Up and Follow-Through of Depressed Patients in Primary Care: The Critical Missing Components of Quality Care. *The Journal of American Board Family Practice*, 18, 520-527.

84. Himmelfarb, C. R. D. ve Mensah, Y. C. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253.
85. Dede, B., Sarı, M., Gürsul, A., Hanedar, A., Gadis, A., Görgülü, B. ve diğerleri. (2016). Kronik Hastalığı Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetlerinin Niteliğini Etkileyen Değişkenler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 238-247.
86. Schmittiel, J., Mosen, D. M., Glasgow, R. E., Hibbard, J., Remmers, C. ve Bellows, J. (2007). Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patient-centered Outcomes for Chronic Conditions. *J Gen Intern Med*, 23(1), 77-80.
87. Chin, C. Y. (2013). The Chronic Care Model: Will it Work in Malaysia for Hypertension?. *Medical Journal of Malaysia*, 68(2), 101-102.
88. Aryani, F. M. Y., Lee, S. W. H., Chua, S. S., Kok, L. C., Efendie, B. ve Paraidathathu, T. (2016). Chronic Care Model in Primary Care: Can It Improve Health-Related Quality of Life? *Dove Press Journal*, 5, 11-17.
89. Wagner, E. (1998). Chronic Disease Management: What will It take to Improve Care for Chronic Illness?. *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
90. Baptista, D. R., Wiens, A., Pontarola, R., Regis, L., Reis, W. C. T. ve Correr, C. J. (2016). The Choronic Care Model For Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 8 (7), 1-7.
91. Akman, M. ve Çifçili, S. (2010). Aile Hekimliği ve Kronik Hastalık Bakım Modeli. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(1), 32-37.
92. Taş, F. ve Büyükbeşe, M.A. (2013).Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin Rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,12(6), 729-734.
93. Kolcu, M. ve Egün, A. (2016).Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Journal of Health Science and Profession*, 3(3), 234-241.

94. Silva, S.S.B.E., Oliveira, S.F.S.B. ve Pierin, A.M.G. (2016). The Control of Hypertension in Men and Women: A Comparative Analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 50-8.
95. Katende, G. ve Becker, K. (2016). Nurse-Led Care Interventions for High Blood Pressure Control: Implications for Non-Communicable Disease Programs in Uganda. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 4, 28-41.
96. Nurses' Association of Ontario. (2005). Nursing Management of Hypertension. [http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Nursing\\_Management\\_of\\_Hypertension.pdf](http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf). Erişim Tarihi: 23.09.2017.
97. Hacıhasanoğlu, R. ve Güzüm, S. (2011). The Effect of Training and Home Monitoring Directed Towards Hypertensive Patients on Medication Adherence and Management of Hypertension in Primary Healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 692-705.
98. Özpancar, N. ve Çınar Pakyüz, S. (2013). Hipertansiyonu Olan Hastalarda Vaka Yönetiminin Beden Kitle İndeksi ve Kan Basıncına Etkisi. *Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon*, 5(2), 46-60.
99. Clark, C. E., Smith, L. F., Taylor, R. S. ve Campbell, J. L. (2010). Nurse-Led Interventions to Improve Control of Blood Pressure in People with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*, 341: c3995, 1-17.
100. Çapık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.
101. World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *World Health Organization Technical Report Series*, Geneva, 894, 1-253.
102. Glaskow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R.J. ve Greene, S.M. (2005). Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical Care*, 43(5), 436-444.

103. İncirkuş, K. ve Nahcivan, N. Ö. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 102-109.
104. Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P. ve Charlson, M. E. (2003). Development and Evaluation of A Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive African-American Patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 520–529.
105. Fernandez, S., Chaplin, W. ve Ogedegbe, G. (2008). Revision and Validation of the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) in Hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 453–462.
106. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyükoztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.
107. Apaydın Kaya, Ç., Akturan, S., Şimşek, M., Uğuz, K., İçen, F. ve Akman, M. (2013). Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician*, 4(3), 1-9.
108. Rosemann, T., Laux, M. D., Drosemeyer, S., Gensichen, J. ve Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of A Culturally Adapted German Version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire in A Sample of Osteoarthritis Patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806-813.
109. Özdemir, Ö., Akyüz, A. ve Doruk, H. (2016). Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12, 195-201.
110. Selçuk, K. T., Çevik, C., Mercan, Y. ve Koca, H. (2017). Hypertensive Patients' Adherence to Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment Methods, in Turkey. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(8), 2648-2657.
111. Vatansever, Ö. ve Ünsar, S. (2014). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 66-74.



112. Hacıhasanoğlu Aşilar, R., Gözüm, S., Çapık, C. ve Morisky, D. E. (2014). Reliability and Validity of the Turkish Form of the Eight-İtem Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 14, 692-700.
113. Ma, C. (2016). A Cross-sectional Survey of Medication Adherence and Associated Factors for Rural Patients with Hypertension. *Applied Nursing Research*, 31, 94-99.
114. Krucien, N., Vaillant, M.L. ve Pelletier-Fleury. (2014). Adaptation and Validation of The Patient Assessment of Chronic İllness Care in The French Context. *BMC Health Services Research*, 14, 269, 1-12.
115. Üstünova, E. ve Nahcivan, N. (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 11-22.
116. Balbale, S.N., Etingen, B., Malhiot, A., Miskevics, S. ve LaVela, S.L. (2016). Perceptions of Chronic Illness Care among Veterans with Multiple Chronic Conditions. *Military Medicine*, 181(5), 439-444.
117. Ay, S. ve Arpacı, P. (2017). Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 527-532.
118. Glaskow, R. E., Whitesides, H., Nelson, C.C. ve King, D. K. (2005). Use of the Patient Assessment Of Chronic İllness Care (PACIC) with Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 28(11), 2655-2661.
119. Mollaoğlu, M. (2012). Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. (Durna, Z. Ed.) *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
120. Iglesias, K., Burnand, B. ve Peytremann-Bridevaux, I. (2014). PACIC Instrument: DisentanglingDimensions Using Published Validation Models. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(3), 250-260.
121. Zhang, Y., Tang, W., Zhang, Y., Liu, L. ve Zhang, L. (2017). Effects of Integrated Chronic Care Models on Hypertension Outcomes and Spending: A Multi-town Clustered Randomized Trial in China. *BMC Public Health*, 17(244), 1-11.

122. Mert, H., Özçakar, N. ve Kuruoğlu, E. (2011). Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1), 7-12.
123. Karadağ, E., Akkuş, Y. ve Karatay, G. (2012). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 85-96.
124. Mahmoud, M. I. H. (2012). Compliance with Treatment of Patients with Hypertension in Almadinah Almunawwarah: A Community-Based Study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 7(2), 92-98.
125. Tong, X., Chu, E. K., Fang, J., Wall, H. K. ve Ayala, C. (2016). Nonadherence to Antihypertensive Medication Among Hypertensive Adults in the United States-HealthStyles, 2010. *The Journal of Clinical Hypertension*, 18(9), 892-900.
126. Chelkeba, L. ve Dessie, S. (2013). Antihypertension Medication Adherence and Associated Factors at Dessie Hospital, North East Ethiopia, Ethiopia. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1(3), 191-197.
127. Tümer, A., Baybuğa, M. S., Dereli, F. ve Demir Uysal, D. (2016). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 105-113.
128. Lalić, J., Radovanović, R. V., Mitić, B., Nikolić, V., Spasić, A. ve Koraćević, G. (2013). Medication Adherence in Outpatients with Arterial Hypertension. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*, 30(4), 209-218.
129. Gün, Y. ve Korkmaz, M. (2014). Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHYO ED)*, 7 (2 ), 98-108.
130. Vawter, L., Tong, X., Gemilyan, M. ve Yoon, P. W. (2008). Barriers to Antihypertensive Medication Adherence Among Adults-United States, 2005. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 10, 922-929.
131. Ma, C., Chen, S., Zhou, Y. ve Huang, C. (2013). Treatment Adherence of Chinese Patients with Hypertension: A Longitudinal Study. *Applied Nursing Research*, 26, 225-231.

132. Thomas, D., Meera, N. K., Binny, K., Sekhar, M.S., Kishore, G. ve Sasidharan, S. (2011). Medication Adherence and Associated Barriers in Hypertension Management in India. *CVD Prevention and Control*, 6, 9-13.
133. Legido-Quigley, H., Lopez, L. A. C., Balabanova, D., Perel, P., Lopez-Jaramillo, P., Nieuwlaat, R. ve diğerleri. (2015). Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 10(4), 1-16.
134. Yang, S., He, C., Zhang, X., Sun, K., Wu, S., Sun, X. ve diğerleri. (2016). Determinants of Antihypertensive Adherence among Patients in Beijing: Application of The Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*, 99, 1894-1900.
135. Mackey, K., Parchman, M. L., Leykum, L. K., Lanham, H. J., Noel, P. H. ve Zeber, J. E. (2012). Impact of the Chronic Care Model on Medication Adherence When Patients Perceive Cost as a Barrier. *Primary Care Diabetes*, 6(2), 137-142.

## 8. EKLER

### EK 1: Hasta Tanılama Formu

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

Kadın  Erkek

3. Medeni durumunuz

Bekar  Evli  Dul  Boşanmış

4. Eğitim düzeyiniz

Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite

5. Çalışma durumunuz

Çalışıyor  Çalışmıyor.

6. Ekonomik durumunuzu algılama düzeyi

İyi  Orta  Kötü

7. Hipertansiyona eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?

Var  Yok

8. Hipertansiyon tanısını ne zaman aldınız?.....

9. Ne kadar süredir antihipertansif ilaç kullanıyorsunuz?.....

10. Günlük kullandığınız antihipertansif ilaç sayısı nedir?.....

11. Son 6 ay içerisinde hipertansiyon hastalığınız nedeniyle acile başvurduğunuz mu?

Evet  Hayır

12. Kontrole en son ne zaman gittiniz? .....

13. Hastalık sürecinde destek aldınız mı?

Evet  Hayır

14. Hipertansiyona ilişkin bilgi aldınız mı?

Evet  Hayır

Kilo:..... Boy:..... KB:.....İlk ölçüm

KB:.....İkinci ölçüm

## EK 2: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ)

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz.** Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### EK 3: İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)

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	Eminim	Çok Eminim
1.Evde meşgul olduğunuzda	( )	( )	( )	( )
2.Size hatırlatacak birisi olmadığında	( )	( )	( )	( )
3.Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde	( )	( )	( )	( )
4.Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler( ) görülmediğinde	( )	( )	( )	( )
5. Ailenizle beraber olduğunuzda	( )	( )	( )	( )
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda	( )	( )	( )	( )
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde	( )	( )	( )	( )
8. Seyahatlerde	( )	( )	( )	( )
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde	( )	( )	( )	( )
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde	( )	( )	( )	( )
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde	( )	( )	( )	( )
12.Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda	( )	( )	( )	( )

#### AŞAĞIDAKİ İŞLEMİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
13. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın	( )	( )	( )	( )

bir parçası yapacağınızdan

**EK 4: Etik Kurul Kararı**

T.C.  
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurul Başkanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 44495147-050.01.04-E.40225  
Konu : Etik Kurul Kararı

10/10/2016

Sayın Gönül KARA SÖYLEMEZ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının 06.10.2016 tarih ve 6 sayılı oturumunda alınan 6/03 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK  
Etik Kurul Başkanı

**Karar 06/03** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Gönül KARA SÖYLEMEZ**'e ait "*Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmesi İle Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki*" konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen Yüksek Lisans öğrencisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre [http://evrakdogrulama.erciwan.edu.tr](http://evrakdogrulama.erkul.erciwan.edu.tr) linkinden **08301435X6** kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN  
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 Ayrıntılı Bilgi için: S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)  
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60





**EK 6: Aydınlatılmış Onam Formu**

Bu araştırma hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma verilerini toplamamız için sizlerin tanıtıcı özelliklerini içeren, kronik hastalık bakımını değerlendirmenizi ve antihipertansif ilaca uyumlarınızı ölçen soru formları bulunmaktadır. Sizden istediğimiz sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Çalışmaya katılmak zorunda değilsiniz ancak vereceğiniz bilgiler bilime katkı sağlayacaktır. Sizin bu çalışmaya katılmanız tamamen şans eseri olup, vereceğiniz tüm bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir.

Yukarıdaki metni araştırmadan önce okudum/okundu. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Gönül KARA SÖYLEMEZ

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı Soyadı: Gönül KARA SÖYLEMEZ

Adresi: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Merkez/Erzincan.

Tarih:

İmza:

## EK 7: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu Kullanım İzni

 **NURSEN NAHCIVAN** <nursen@istanbul.edu.tr> 📧 4 Ağu (1 gün önce) ☆ ↩️ ▼

Alıcı: Rabia, bana ▾

Sayın Doç. Dr. Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar,

Dr. Kübra İncirkuş ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu**'nu araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ve bazı makaleler ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

Prof. Dr. Nursen Nahcivan



## EK 8: Tez Konusu ile İlgili Yayınlanmış Sözel Bildiri Özeti

Kara Söylemez, G. ve Hacıhasanoğlu Aşlar, R. Hipertansiyon Bakımı ve İlaça Uyumda Hemşirenin Rolü. 4. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi. 14-18 Şubat 2018. Antalya.

[SS-007]

### Hipertansiyon Bakımı ve İlaça Uyumda Hemşirenin Rolü

Gönül Kara Söylemez, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar  
Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzincan

**Amaç:** Bu yazının amacı hipertansiyon bakımı ve ilaca uyumda hemşirenin rolünü değerlendirmektir.  
**Giriş:** Arter içi kan basıncının yükselmesi olan hipertansiyon, yaygın olarak görülmesi ve hastalıklarda risk faktörü olması nedeni ile dünyada en önemli sağlık sorunlarından biridir (Şenuzun ve Özer 2012). Hasta merkezli bakım, sağlık bakımına temel bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (Delenay 2017). Hipertansiyonda bakım yönetiminde amaç düşük maliyet ile yan etki olmadan, kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutmaktır (Özpancar 2016).

Hipertansiyon yönetimi için kullanılan çok sayıda ilaç bulunmasına rağmen, kan basıncı kontrolü düşüktür (Crittenden ve ark. 2017). Kan basıncının kontrol altına alınmasında tedaviye uyum önemli bir faktör olup (Aşlar 2015), kilo kontrolü gibi yaşam biçimi değişikliği; ilaca uyum; egzersiz ve dengeli, az tuzlu diyet önerilmektedir (Crittenden ve ark. 2017). Bu nedenle hemşireler, hipertansiyonda hedeflenen amaca ulaşmada kanıta dayalı uygulamaları yapmalı, önerilen ilaçlara ve yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlaması için hastalara destek sağlamalı ve hastanın ailesini de göz önünde bulundurarak eğitim vermelidir (Özpancar 2016). Ayrıca hemşireler hipertansif bireylerin öz bakımlarını en iyi düzeyde yapabilmeleri ve öz bakımlarını etkileyebilecek olumsuz durumları kontrol altına alabilmeleri için yardımcı olmalıdır (Aşlar 2015). Kan basıncı kontrol altında olmayan hipertansif bireylerde hemşire liderliğinde hipertansiyon yönetim modelinin uygulandığı randomize kontrol çalışmasında, çalışma grubundaki hastaların kan basıncının önemli düzeyde düştüğü, öz bakım davranışlarının iyileştiği bildirilmiştir (Zhu ve ark. 2017). Hipertansiyonlu hastalarla yapılan diğer bir randomize kontrol çalışmasında da verilen eğitim ve vaka yönetiminin kilo ve kan basıncını düşürdüğü bildirilmiştir (Özpancar ve Pakyüz 2013).

**Sonuç:** Hipertansiyonun bakımında hemşirenin sağlık hizmeti sunan diğer profesyoneller ile birlikte önemli etkileri olduğu bilinmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım, Hemşire, Hipertansiyon, İlaça Uyum

## ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

Araştırmacı Hatay'ın Hassa ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 2013 yılında mezun oldu. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde 2014 yılında hemşire olarak bir süre çalışan araştırmacı aynı yıl Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda 2015 yılında yüksek lisans öğrenimine başlayan araştırmacı, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.

Gönül KARA SÖYLEMEZ