



T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ADYAMAN İLİNDE HİPERTANSİYON HASTALARINDA
MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ İLE TEDAVİ UYUMUNUN VE
ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İLE
SOSYAL DESTEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. HASAN FEHMİ ÇAĞ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜMMÜHAN YILMAZ

ADYAMAN 2025



T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ADYAMAN İLİNDE HİPERTANSİYON HASTALARINDA
MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ İLE TEDAVİ UYUMUNUN VE
ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İLE
SOSYAL DESTEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. HASAN FEHMİ ÇAĞ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜMMÜHAN YILMAZ

ADYAMAN 2025

ONAY SAYFASI

Dr. Öğretim Üyesi Ümmühan YILMAZ danışmanlığında Dr. Hasan Fehmi ÇAĞ tarafından yapılan “Birinci Basamakta Hipertansiyon Tanisi İle Takip Edilen Hastalarda Tedavi Uyumunu Ve Yakın Sosyal Desteğin Değerlendirilip Hastalık Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışması/...../..... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

<u>Jüri Üyeleri</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Başkan	:	
Üye	:	
Üye	:	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....

(Unvanı, Adı ve SOYADI)

Adıyaman Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı

TEŞEKKÜR SAYFASI

Tez sürecinde göstermiş olduğu rehberlik, sabır, yapıcı eleştirileri ve akademik desteği için tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Ümmühan Yılmaz’a aynı şekilde bilgi, katkı ve desteğiyle sürecime her zaman değeri katan Dr. Öğr. Üyesi Bünyamin Dere’ye içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez sürecimin her aşamasında manevi desteğini esirgemeyen sevgili eşim Emine Çağ’a, kardeşim Serkan Çağ’a her daim moral veren, dostluğu ve desteğiyle güç bulduğum kıymetli arkadaşım Ali Zeynal Abidin Tak’a da gönülden teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım rotasyon hocalarıma ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değeri asistan arkadaşlarıma da katkı ve destekleri için ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Hasan Fehmi ÇAĞ

Adıyaman

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

(İmza)

Dr. Hasan Fehmi ÇAĞ

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	iii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI	3
2.2. HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI	4
2.3.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma.....	4
2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma	5
2.3.3. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma.....	7
2.4. HİPERTANSİYONUN RİSK FAKTÖRLERİ.....	8
2.4.1. Hipertansiyonun Önlenemez Risk Faktörleri.....	8
2.4.2. Hipertansiyonun Önlenebilir Risk Faktörleri.....	9
2.5. HİPERTANSİYONLU HASTALARDA ORGAN HASARI	11
2.5.1. Hipertansiyona Bağlı Kalp Yetmezliği	12
2.5.2. Hipertansiyona Bağlı Vasküler Yaşlanma ve Remodelling.....	12
2.5.3. Hipertansiyona Bağlı Endotel Disfonksiyonu.....	12
2.5.4. Hipertansiyona Bağlı Nörovasküler ve Kognitif Disfonksiyon	13
2.5.5. Hipertansif Retinopati.....	13
2.5.6. Hipertansif Nefropati	13
2.6. HİPERTANSİYONUN TANISAL DEĞERLENDİRİLMESİ.....	13

2.6.1. Öykü	14
2.6.2. Fiziksel Muayene	14
2.6.3. Kan Basıncı Ölçümü	14
2.6.4. Laboratuvar Testleri	16
2.6.5. Hipertansiyon Hastasında Görüntüleme	18
2.7. HİPERTANSİYON TARAMA	18
2.8. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ	18
2.8.1. Tedavinin Önemi ve Hedefleri	18
2.8.2. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları	19
2.8.3. İlaç Tedavisi	22
2.9. HİPERTANSİYON TAKİBİ	26
2.10. HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE UYUM	27
2.11. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ	28
2.12 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. ETİK KURUL İZNİ	30
3.2. ARAŞTIRMA TİPİ, YERİ VE ZAMANI	30
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	30
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	31
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	31
3.4.2. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ)	31
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	32
3.5. İSTATİKSEL ANALİZ	32
4. BULGULAR	34
4.1. DEMOGRAFİK BULGULAR	34
4.2. SAĞLIK ÖZGEÇMİŞİNE VE SOYGEÇMİŞİNE AİT BULGULAR	37
4.3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNE AİT BULGULAR	39
4.4. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİNE AİT BULGULAR	40

4.5. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK BOYUTLARI İLE DEMOGRAFİK GÖSTERGELER ARASINDAKİ İLİŞKİ (T-TESTİ VE ANOVA).....	40
4.6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK BOYUTLARI İLE SAĞLIK GÖSTERGELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	43
4.7. SOSYAL DESTEK BOYUTU İLE TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ KORELASYON.....	47
4.8. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİ DÜZEYİ.....	48
4.9. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ İLE SAĞLIK GÖSTERGELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	50
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ	64
7. ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR.....	66
EKLER	81

SİMGELER VE KISALTMALAR

HT: Hipertansiyon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

TMMÖ: Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği

ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği

ESH: Avrupa Hipertansiyon Derneği

TEKHARF: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması

KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık

DKB: Diyastolik Kan Basıncı

EKG: Elektrokardiyografi

DM: Diabetes Mellitus

RAAS: renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi

NO: nitrik oksit

SDBY: son dönem böbrek yetmezliğinin

BMI: vücut kitle indeksi

MmHg: Milimetre Civa

Patent: Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması

KVH: Kardiyo vasküler hastalığı

KBH: Kronik böbrek hastalığı

KB: Kan basıncı

ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

TEMD: Türkiye Endokrin Ve Metabolizma Derneği

MI: Miyokard Enfarktüsü

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

JNC: Amerikan Ulusal Ortak Komite

Patent2: Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması 2

ASM: Aile Sağlığı Merkez

SHT: Sekonder Hipertansiyon

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. 2023 ESH kılavuzuna göre 18 yaş ve üstü erişkinler için kan basıncının sınıflandırılması	4
Tablo 2. 2024 ESH kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflandırılması	5
Tablo 3. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları	6
Tablo 4. Hipertansiyonda kardiyovasküler hastalık için risk faktörleri	6
Tablo 5. Sekonder hipertansiyon düşündüren durumlar	7
Tablo 6. Sekonder hipertansiyonun yaşa göre sıklıkları ve tipik nedenleri	8
Tablo 7. Hipertansiyonda laboratuvar değerlendirmesi	17
Tablo 8. Antihipertansif grupların olası ve zorunlu kontrendikasyonları (13)	24
Tablo 9. Demografik verilere ait bulgular	36
Tablo 10. Özgeçmiş ve soygeçmişe ait bulgular	38
Tablo 11. Faktör ortalamaları	40
Tablo 12. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile medeni durum göstergeleri arasındaki ilişki.....	41
Tablo 13. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile meslek göstergeleri arasındaki ilişki.....	41
Tablo 14. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile kiminle yaşamakta göstergeleri arasındaki ilişki.....	42
Tablo 15. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile gelir düzeyi göstergeleri arasındaki ilişki.....	43
Tablo 16. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile soygeçmiş hipertansiyon varlığı arasındaki ilişki	44
Tablo 17. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile hastalık yılı arasındaki ilişki	44
Tablo 18. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile tansiyon ölçtüğü yer arasındaki ilişki.....	45
Tablo 19. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile tansiyon ölçüm sıklığı arasındaki ilişki.....	46
Tablo 20. Sosyal destek boyutu ile türkçe modifiye morisky ölçeği arasındaki korelasyon analizi	47

Tablo 21. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile cinsiyet arasındaki ilişki düzeyi	48
Tablo 22. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile yaş arasındaki ilişki düzeyi.....	48
Tablo 23. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile gelir düzeyi arasındaki ilişki düzeyi.	49
Tablo 24. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile kullandığı antihipertansif ilaç sayısı arasındaki ilişki.....	50
Tablo 25. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile kullandığı tansiyon ölçtüğü yer arasındaki ilişki.....	51
Tablo 26. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile kullandığı tansiyon ölçüm sıklığı arasındaki ilişki.....	51



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2023 ESC/ESH Kılavuzu'na göre hipertansiyonun evrelerine göre önerilen tedavi yaklaşımları.....	22
Şekil 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı	34
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.....	35
Şekil 4. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.....	35
Şekil 5. Kronik hastalık sayısı.....	37
Şekil 6. Çok boyutlu algılanan sosyal destek (ÇBASD) ölçeğine ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	39
Şekil 7. Türkçe modifiye morisky ölçeğine ait bulgular	40

ÖZET

Adıyaman İlinde Hipertansiyon Hastalarında Modifiye Morisky Ölçeği İle Tedavi Uyumunun Ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Dr. Hasan Fehmi ÇAĞ

Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ümmühan YILMAZ

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hipertansiyon tanısı ile takip edilen hastalarda tedaviye uyum düzeyini ve aldıkları yakın sosyal desteği değerlendirmek; bu iki değişkenin hipertansiyon kontrolü ve hastalık yönetimi üzerindeki etkilerini incelemektir.

Adıyaman Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kişilerden 25.02.2025 -01.04.2025 tarihleri arasında dahil edilme kriterlerine uygun, polikliniğe başvuran 330 hipertansiyon hastasından yüz yüze Soyodemografik Veriler Anket Formu, Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanarak elde edilen veriler incelendi.

Katılımcıların %41,8'i 45-54 yaş aralığında, %22,1'i ise 65 yaş ve üzerindedir, %56,1'i kadın, %43,9'u erkektir, %81,8'i evli, %18,2'si bekar, %30,9'u ortaöğretim mezunu, %22,1'i ilköğretim mezunudur, %46,1'i ev hanımı, %22,7'si emeklidir, %82,7'si orta gelir grubunda yer almaktadır. Evli bireylerin aile desteği puanları, bekarlara göre anlamlı derecede yüksektir. Kamu çalışanlarının ve ev hanımlarının özel bir insan desteği, özel sektör çalışanlarına göre daha yüksektir. Yüksek gelir grubundaki bireylerin sosyal destek puanları, düşük ve orta gelir grubundakilere göre anlamlı derecede yüksektir. Ailesiyle yaşayan bireylerin sosyal destek puanları, yalnız yaşayanlara göre daha yüksektir. Sosyal destek ile motivasyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların kullandıkları antihipertansif ilaç sayısına göre motivasyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda evli bireylerin bekar bireylere göre daha yüksek aile desteği puanı alması, evliliğin bireylerin yaşamındaki sosyal ağları güçlendirdiğini göstermektedir. Gelir düzeyi ile sosyal destek algısı arasında pozitif bir korelasyon bulmamız, sosyal ilişkilerin ekonomik kaynaklara dayalı olarak daha sürdürülebilir hale geldiğini

düşündürmektedir. Aile üyelerinden birinin hipertansiyon gibi kronik bir hastalıkla mücadele etmesi, diğer aile bireylerinin bu duruma karşı daha duyarlı ve destekleyici olmasına neden olabileceğini düşündürmüştür. Düzenli tansiyon ölçümü yapan bireylerin daha yüksek sosyal destek puanlarına sahip olmaları, sosyal desteğin bireyin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Orta gelir grubundaki bireylerin tedavi uyum puanları, düşük gelir grubundakilere göre daha yüksektir. Bu durum ekonomik istikrarın tedaviye uyumu kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, sosyal destek ile tedavi uyumu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, bireylerin çevrelerinden algıladıkları sosyal desteğin, tedaviye uyumlarını artıran bir motivasyon unsuru olabileceğini göstermektedir. Bireylerin profesyonel bir sağlık ortamında hizmet almasının, tedavi sürecine yönelik motivasyonlarını olumlu etkilediğini göstermektedir.

Sonuç olarak; hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetiminde sadece tıbbi tedavi değil; bireyin sosyal çevresi, yaşam koşulları ve psikososyal kaynakları da dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda sağlık profesyonellerinin, bireylerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmetleri sunması, tedaviye uyumun artırılmasında etkili bir strateji olabilir. Konuyla ilgili çok merkezli ve yüksek hasta katılımının sağlandığı uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, tedaviye uyum, sosyal destek, birinci basamak, kronik hastalık yönetimi, aile hekimliği

ABSTRACT

Evaluation Of Treatment Compliance With The Modified Morisky Scale And Social Support With The Multidimensional Perceived Social Support Scale In Hypertension Patients In Adıyaman Province

Dr. Hasan Fehmi ÇAĞ,

Master Thesis, Department of Family Medicine

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Dr. Ümmühan Yılmaz

The purpose of this study is to evaluate the level of compliance with treatment and the close social support received by patients followed up with a diagnosis of hypertension in primary health care institutions; and to examine the effects of these two variables on hypertension control and disease management.

Data obtained from 330 hypertension patients who were registered in Adıyaman Central Family Health Center No. 1 and who applied to the outpatient clinic between 25.02.2025 and 01.04.2025 and met the inclusion criteria were examined by applying the face-to-face Sosyodemografik Data Survey Form, Turkish Modified Morisky Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

41.8% of the participants are between the ages of 45-54, 22.1% are 65 years and older, 56.1% are female, 43.9% are male, 81.8% are married, 18.2% are single, 30.9% are secondary school graduates, 22.1% are primary school graduates, 46.1% are housewives, 22.7% are retired, and 82.7% are in the middleincome group. Married individuals have significantly higher family support scores than single individuals. Public employees and housewives have higher levels of special human support than private sector employees. High-income individuals have significantly higher social support scores than low and middle-income individuals. Individuals living with their families have higher social support scores than those living alone. A positive and significant relationship was found between social support and motivation. It was found that there was a significant difference between the motivation levels of the participants according to the number of antihypertensive medications they used.

In our study, the fact that married individuals received higher family support scores than single individuals indicates that marriage strengthens the social networks

in individuals' lives. The fact that we found a positive correlation between income level and perception of social support suggests that social relationships become more sustainable based on economic resources. It suggests that if one of the family members struggles with a chronic disease such as hypertension, other family members may be more sensitive and supportive of this situation. The fact that individuals who regularly measure their blood pressure have higher social support scores indicates that social support positively affects the individual's health behaviors. The treatment compliance scores of individuals in the middle-income group are higher than those in the low-income group. This suggests that economic stability facilitates treatment compliance.

According to the findings obtained in the study, a positive and significant relationship was found between social support and treatment compliance. This result shows that the social support that individuals perceive from their environment can be a motivational factor that increases their compliance with treatment. It shows that individuals receiving services in a professional health environment positively affects their motivation towards the treatment process.

As a result; In the management of chronic diseases such as hypertension, not only medical treatment; The individual's social environment, living conditions and psychosocial resources should also be taken into account. In this context, providing counseling services to strengthen individuals' social support systems by health professionals can be an effective strategy in increasing treatment compliance. We believe that multi-center, longitudinal studies with high patient participation are needed on this subject.

Keywords: Hypertension, treatment adherence, social support, primary care, chronic disease management, family medicine

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, tüm dünyada ve ülkemizde yaygın görülen, ciddi kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde önemli rol oynayan kronik bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık %30'u hipertansif bireylerden oluşmaktadır ve bu oran yaşla birlikte artış göstermektedir (1). Türkiye'de ise 2021 yılı verilerine göre hipertansiyon prevalansı %31,8 olarak bildirilmektedir (2). Hipertansiyon tedavisinde temel amaç, kan basıncını kontrol altına alarak hedef organ hasarlarını önlemek ve buna bağlı morbidite ile mortaliteyi azaltmaktır. Ancak kan basıncının kontrolünde yalnızca farmakolojik tedavi yeterli olmayıp, hastaların tedaviye uyumu da oldukça belirleyici bir faktördür (3). Uyumsuzluk, tedavinin etkisiz olmasına ve komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir.

Hipertansiyon tedavisinde başarı; yalnızca uygun ilaç tedavisinin başlanmasına değil, aynı zamanda hastanın tedaviye uyumu, yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesi ve düzenli tıbbi takip sürecine katılımına bağlıdır (4). Ancak kronik hastalıklarda tedaviye uyum, yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İlaçların zamanında ve düzenli kullanımını kapsayan tedaviye uyumsuzluk, hem tedavi etkinliğini azaltmakta hem de komplikasyon riskini artırmaktadır (5). Bu nedenle, tedaviye uyum düzeyinin belirlenmesi, sağlık profesyonelleri açısından büyük önem taşımaktadır. Morisky İlaç Uyumu Ölçeği, hastaların ilaç tedavisine bağlılıklarını değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir (6). Ölçeğin Türkçeye modifiye edilerek uyarlanması, ülkemizdeki klinik uygulamalar için önemli bir boşluğu doldurmaktadır (7).

Bireylerin tedaviye uyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında sosyo-demografik özellikler, hastalığa ilişkin bilgi düzeyi, sağlık inancı ve sosyal destek düzeyi sayılabilir (8). Sosyal destek, bireyin hastalığıyla başa çıkma becerisini artırmakta, stres düzeyini azaltmakta ve tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemektedir (9). Yakın sosyal çevreden alınan destek, hastaların tedaviye uyumlarını artırmakta, yaşam kalitelerini yükseltmekte ve hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır (10). Bu bağlamda, bireyin sosyal destek algısının değerlendirilmesi, tedaviye uyumun anlaşılması açısından da önemlidir. Çok Boyutlu

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), bireylerin aile, arkadaşlar ve özel bir kişi tarafından sağlanan desteği nasıl algıladıklarını ölçen kapsamlı bir değerlendirme aracıdır (11, 12).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların erken tanısı, takibi ve yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Bu hizmet düzeyinde sağlık çalışanlarının hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesi ve sosyal destek unsurlarını göz önünde bulundurması, tedavi başarısını olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle, birinci basamakta hipertansif hastaların yalnızca klinik bulgularının değil, sosyal çevrelerinden aldıkları desteğin de değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hipertansiyon tanısı ile takip edilen hastalarda tedaviye uyum düzeyini ve aldıkları yakın sosyal desteği değerlendirmek; bu iki değişkenin hipertansiyon kontrolü ve hastalık yönetimi üzerindeki etkilerini incelemektir. Ayrıca, tedaviye uyumu etkileyen sosyo-demografik faktörlerin belirlenmesi ve sosyal destek ile tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymak da çalışmanın hedefleri arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI

Hipertansiyon (HT) günümüzde, ofiste yapılan tekrarlayıcı ölçümlerde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg ve üzeri olması, ambulatuvar kan basıncı takibinde 24 saatlik ortalama değerin $\geq 130/80$ mmHg olarak saptanması ya da evde yapılan ölçümlerin ortalamasının $\geq 135/85$ mmHg düzeyinde bulunması ile tanımlanmaktadır. Kan basıncının sürekli olarak yüksek seyretmesiyle karakterize olan hipertansiyon, sistemik bir hastalık olarak kabul edilmekte olup; yaygın görülmesi ve ciddi sağlık problemlerine yol açabilme potansiyeli nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (13).

2.2. HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan kalp-damar hastalıklarından biri olan hipertansiyon, dünya genelinde oldukça yaygın bir sağlık sorunudur. Yapılan araştırmalar, yaklaşık bir milyar insanın hipertansiyondan etkilendiğini ortaya koymaktadır. Özellikle 60 yaş ve üzeri bireylerde görülme sıklığı artmakta olup, bu yaş grubundaki bireylerin %60'ından fazlasında hipertansiyon tanısı bulunmaktadır (14).

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ile Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) tarafından 2018 yılında yayımlanan kılavuzda, hipertansiyonun genel popülasyondaki görülme oranının %30 ile %45 arasında değiştiği belirtilmektedir. Tıbbi alandaki ilerlemeler sayesinde yaşam süresinin uzaması, fiziksel aktivitenin azalması ve obezitenin yaygınlaşması gibi etkenler, HT sıklığının dünya genelinde artmaya devam edeceğine işaret etmektedir (15). Türkiye'de gerçekleştirilen 2012 tarihli Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT-2) verilerine göre, hipertansiyon yaygınlığı %30,3 olarak bildirilmiştir (16). Aynı çalışmada farkındalık düzeyi %54,7 olarak saptanmış; ileri yaş, kadın olmak, kentte yaşamak, ailede hipertansiyon öyküsü bulunması, diyabet tanısının varlığı ve aşırı kilo ya da obezite gibi durumlar farkındalığı artıran unsurlar olarak rapor edilmiştir. Bununla birlikte, Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması hipertansiyon

prevalansını %33,7; Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-2) ise %31,4 olarak ortaya koymuştur (13).

2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI

2.3.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun sınıflandırılmasına ilişkin farklı ulusal ve uluslararası kılavuzlar bulunmaktadır. Kılavuzlarda genel olarak, 18 yaş ve üzerindeki bireylerin kan basıncı değerleri optimal, normal, yüksek normal ve hipertansiyon olmak üzere dört ana grupta değerlendirilmektedir. 2023 ESH kılavuzunda ise, izole sistolik hipertansiyon ve izole diyastolik hipertansiyon ayrı kategoriler olarak ayrıca tanımlanmıştır (Bkz. Tablo 1) (17). 2024 ESH kılavuzunda ise yükselmemiş kan basıncı, yükselmiş kan basıncı ve hipertansiyon olarak üç kategoriye sınıflandırılmıştır (Bkz. Tablo 2) (18).

Tablo 1. 2023 ESH kılavuzuna göre 18 yaş ve üstü erişkinler için kan basıncının sınıflandırılması

Evre	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Optimum	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 Hipertansiyon	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥ 140	ve	<90
İzole Diastolik Hipertansiyon	<140	ve	≥ 90

Tablo 2. 2024 ESH kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflandırılması

	Ofis Kan basıncı (mmHg)	Evde Kan Basıncı (mmHg)	Gündüz Ambulatuvar Kan Basıncı(mmHg)	24 Saatlik Ambulatuvar Kan Basıncı(mmHg)	Gece Ambulatuvar Kan Basıncı (mmHg)
Yükselmemiş Kan Basıncı	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65	<110/60
Yükselmiş Kan Basıncı	120/70-140/90	120/70-135/85	120/70-135/85	115/65-130/80	110/60-120/70
Hipertansiyon	>140/90	>135/85	>135/85	>130/80	>120/70

2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Kan basıncındaki yükselmeyi tespit etmek ve uygun şekilde tedavi etmekteki temel amaç, kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktır. Hipertansiyonun sınıflandırılmasında yalnızca ortalama kan basıncı düzeyleri değil, aynı zamanda hedef organ tutulumunun varlığı ve bireyin taşıdığı ek risk faktörleri de dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda, yüksek normal kan basıncına sahip bireyler ile birinci, ikinci ve üçüncü evre hipertansiyonu bulunan hastalar; A, B ve C olmak üzere üç farklı risk grubunda değerlendirilmektedir. A risk grubundaki bireylerde kan basıncı yüksek olabilsede, kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ya da başka risk faktörleri bulunmamaktadır. B grubundaki hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ya da hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışı bir ya da birden fazla risk faktörü mevcuttur. C risk grubunda ise kardiyovasküler hastalık varlığı ya da hedef organ tutulumuna ilişkin belirtiler bulunmaktadır (Bkz. Tablo 3). Kan basıncı düzeyleriyle risk gruplarının birlikte değerlendirilmesi (Bkz. Tablo 4), hem tedavi stratejisinin belirlenmesinde hem de hastalığın seyri açısından önemli bir yol gösterici niteliği taşımaktadır (19).

Tablo 3. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları

Kan basıncı derecesi (mmHg)	Risk grubu A Risk faktörleri yok HOH/KKH yok	Risk grubu B Diyabet veya en az bir risk faktörü var HOH/KKH yok	Risk grubu C HOH/KKH ve/veya Diyabet var (diğer risk faktörleri var veya yok)
Yüksek-normal (130-139/85-89)	Farmakolojik olmayan tedavi	Farmakolojik olmayan tedavi	İlaç tedavisi *
Evre 1 (140-159/90-99)	Farmakolojik olmayan tedavi (12 aya kadar)	Farmakolojik olmayan tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi
Evre 2 ve 3 (≥ 160 / ≥ 100)	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi

*Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği veya diyabeti olanlar
Kısaltmalar: HOH: Hedef organ hasarı, KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık, DM:Diabetes mellitus

Tablo 4. Hipertansiyonda kardiyovasküler hastalık için risk faktörleri

Major faktörler
• Yaş: Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olmak
• Sigara
• Hiperkolesterolemi (total kolesterol > 240 mg/dl veya LDL -kolesterol > 160 mg/dl.
• Diabetes mellitus
• Serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile öyküsü (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın üstünde)
Minor faktörler
• Yaş: Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olmak
• İlmli hiperkolesterolemi (total kolesterol >200 mg/dl veya LDL-kolesterol >130 mg/dl)
• Düşük HDL-kolesterol (< 35 mg/dl)
• Hipertrigliseridemi (> 200 mg/dl)
• Şişmanlık
• Azalmış glukoz toleransı
• Sedanter yaşam tarzı
• Hedef organ hasarı/Klinik kardiyovasküler hastalık
• Kalp hastalıkları
▪ Sol ventrikül hipertrofisi
▪ Angina/geçirilmiş miyokard infarktüsü
▪ Geçirilmiş koroner revaskülarizasyon
▪ Kalp yetersizliği
• İnme veya geçici iskemik atak
• Nefropati
• Periferik arter hastalığı
• Retinopati

2.3.3. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

HT, etiyolojik nedenlerine göre iki ana grupta sınıflandırılmaktadır: primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon. Esansiyel hipertansiyonun kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, hipertansiyon vakalarının yaklaşık %95'ini oluşturduğu bildirilmektedir. Genellikle orta yaş grubunda daha sık rastlanan esansiyel hipertansiyonda, genetik yatkınlık ve çevresel etkenler önemli rol oynamaktadır. Aile öyküsünün varlığı, esansiyel hipertansiyonun genetik temelli olabileceğini düşündürmektedir. Genetik faktörler arasında özellikle renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin ve sempatik sinir sisteminin aşırı aktivitesinin etkili olabileceği; çevresel faktörler arasında ise yüksek tuz tüketimi, obezite ve sedanter yaşam tarzı gibi unsurların bu duruma katkı sağladığı öne sürülmektedir (20).

Eğer HT altta yatan tanımlanabilir bir nedene bağlı olarak gelişmişse, bu durum sekonder hipertansiyon (SHT) olarak adlandırılır. Toplum genelinde tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık %5'ini oluşturmakla birlikte, bu oran populasyonun demografik ve klinik özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir. SHT tanınması, neden olan faktörün ortadan kaldırılması durumunda, kan basıncının daha etkili bir şekilde kontrol altına alınması klinik olarak önem taşımaktadır (20,21). Bu nedenle, sekonder hipertansiyondan şüphelenilmesi gereken durumların (Bkz. Tablo 5) ve olası nedenlerin (Bkz. Tablo 6) dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir (22). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalar arasında sekonder hipertansiyon görülme sıklığı ise %3 ila %5 arasında değişmektedir (23).

Tablo 5. Sekonder hipertansiyon düşündüreren durumlar

• 40 yaş altında evre 2 hipertansiyon, çocuklukta başlangıç
• Hipertansif acil ile başvuran evre 3 hipertansiyon
• Dirençli hipertansiyon
• Daha önce kronik stabil normotansif seyreden hastalarda kötüleşen hipertansiyon
• Hipertansiyon evresiyle orantısız hedef organ hasarı
• Ailede hipertansiyon olmaması
• Ailede böbrek hastalığı öyküsü
• Hipokalemi
• Palpasyonda böbrekte büyüme
• Kronik böbrek hastalığını düşündüreren belirti ve bulgular
• Feokromasitoma semptomları veya aile öyküsü

• Endokrinolojik nedenleri düşündüren bulgular (Cushing, akromegali, tiroid hastalığı bulguları)
• Obstrüktif uyku apne sendromunu düşündüren klinik bulgular
• Oskültasyonda üfürüm
• Radyo-femoral nabız gecikmesi

Tablo 6. Sekonder hipertansiyonun yaşa göre sıklıkları ve tipik nedenleri

Yaş grubu	Altta yatan nedenin yüzdesi	Tipik nedenler
Çocuk (<12 yaş)	70-85	– Renal parankimal hastalık – Aort koarktasyonu – Monogenik hastalıklar
Adölesan (12-18 yaş)	10-15	– Renal parankimal hastalık – Aort koarktasyonu – Monogenik hastalıklar
Genç erişkinler (19-40 yaş)	5-10	– Renal parankimal hastalık – Fibromusküler displazi – Tanı Konulmamış Monogenik hastalıklar
Orta Yaşlılar (40-65 yaş)	5-15	– Primer aldosteronizm – Obstrüktif uyku apnesi – Cushing sendromu – Feokromasitoma – Renal parankimal hastalıklar – Aterosklerotik renovasküler hastalıklar
Yaşlılar (>65 yaş)	5-10	– Aterosklerotik renovasküler hastalıklar – Renal parankimal hastalık – Tiroit hastalıkları

2.4. HİPERTANSİYONUN RİSK FAKTÖRLERİ

2.4.1. Hipertansiyonun Önlenemez Risk Faktörleri

HT gelişiminde aile öyküsü, en önemli değiştirilemeyen risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalar, anne, baba ya da her iki ebeveynde hipertansiyon tanısı bulunması durumunda bireyde hipertansiyon görülme olasılığının yaklaşık iki kat arttığını ortaya koymuştur (24).

Bir diğer önemli değiştirilemeyen faktör yaş ilerlemesidir. Yaşla birlikte damar duvarlarının esnekliği azalmakta, aynı zamanda ateroskleroz gelişme olasılığı artmaktadır. Bu iki durum, kan basıncında yükselmeye neden olabilmektedir.

Aterosklerotik değişimlerin varlığında, organlara yeterli kan akışının sürdürülebilmesi için sistemik kan basıncının artması gerektiği düşünölmektedir (25).

İleri yaşla birlikte çevresel risk faktörlerine maruziyetin artması da hipertansiyon gelişiminde rol oynamaktadır. Kadınlarda 65 yaş ve üzeri, erkeklerde ise 55 yaş ve üzeri bireyler hipertansiyon açısından daha yüksek risk grubunda değerlendirilmektedir. Yaşla birlikte özellikle sistolik kan basıncında belirgin bir artış gözlenirken, diyastolik basınç ise genellikle 50 yaş sonrasında düşme eğilimi göstermektedir (26).

Etnik köken de hipertansiyonun gelişiminde etkili bir faktördür. Farklı etnik gruplarda kan basıncının başlangıç yaşı, şiddeti ve organ hasarı oluşturma potansiyeli farklılık göstermektedir. Özellikle siyah ırkın daha yüksek risk taşıdığı çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (27).

Cinsiyetin hipertansiyon üzerindeki etkisi ise karmaşık ve çok boyutludur. Epidemiyolojik veriler, hipertansiyon prevalansının kadın ve erkekler arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Erkeklerde hipertansiyon genellikle daha genç yaşlarda daha sık görülürken, menopoz sonrası dönemde kadınlarda hipertansiyon sıklığında belirgin bir artış yaşanmaktadır (26).

2.4.2. Hipertansiyonun Önlenebilir Risk Faktörleri

2.4.2.1. Beslenme Alışkanlıkları

Sodyum tüketimi ile kan basıncı arasında doğrudan bir ilişki olduğu görüşü yaygındır. Günlük sodyum alımının 5 gramın üzerine çıkması, hipertansiyon görülme sıklığını artırmaktadır. Ancak her birey aşırı sodyum tüketimine aynı şekilde yanıt vermemekte, bazı bireylerde kan basıncında artış gözlenmemektedir. Bununla birlikte potasyum başta olmak üzere, kalsiyum ve magnezyum eksikliklerinin de kan basıncını artırıcı etkiler gösterdiği bilinmektedir (13).

2.4.2.2. Yaşam Tarzı

Fiziksel aktivitenin yetersizliği, kan basıncı düzeylerinde yükselmeye yol açan önemli bir faktördür (28). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, düzenli aerobik egzersizlerin sistolik kan basıncında ortalama 5-7 mmHg düşüş sağladığı saptanmıştır. Dinamik ve statik egzersizlerin de benzer şekilde yaklaşık 4-5 mmHg'lik düşüşe

katkıda bulunduğu görülmüştür (29). Bu nedenle hipertansiyonu olsun ya da olmasın, tüm bireylerin günlük olarak yaklaşık 30 dakika süreyle tempolu yürüyüş gibi aerobik egzersizleri yapması tavsiye edilmektedir (30).

2.4.2.3. Obezite

Kilo kaybı, kan basıncında düşüşe yol açabilmektedir. Çalışmalar, hipertansif bireylerde kilo verdikten sonra yaklaşık 5 mmHg, normotansiflerde ise 2-3 mmHg düzeyinde bir düşüş sağlanabileceğini, ayrıca vücut ağırlığında her 1 kilogramlık azalma, kan basıncında ortalama 1 mmHg düşüş sağlayabilir. Bu nedenle bireylerin optimal vücut ağırlığını korumaları hedeflenmelidir (31). Normotansif bireylerde de hipertansiyonun önlenmesi açısından sağlıklı kilonun sürdürülmesi önemlidir (32).

2.4.2.4. Stres

Stres, sempatik sinir sistemi ve hipotalamo-hipofiz-adrenal aksı aktive ederek inflamatuvar süreçleri tetikler ve istirahat halindeki kan basıncını artırabilir (33). Sürekli kaygı, depresyon, öfke ve benzeri olumsuz duygular; katekolamin ve kortizol düzeylerini yükselterek hipertansiyon gelişimine neden olabilir. Bu tür emosyonel durumların tekrarlayıcı biçimde yaşanması, kan basıncı artışına zemin hazırlayabilir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıkça görülmekte, bu da hipertansiyon riskini yaklaşık %42 oranında artırabilmektedir (34,35). Aynı zamanda bireyin sosyoekonomik durumu, mesleki pozisyonu ve bu alanlardaki stres düzeyleri de hipertansiyon üzerinde etkileri bulunmaktadır (13).

2.4.2.5. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı, adrenerjik sinir uçlarından norepinefrin salınımını artırarak damar içi basıncın aniden yükselmesine yol açar. Bunun yanı sıra, sigaranın endotel kaynaklı nitrik oksit üretimini baskılayarak damar gevşemesini bozduğu ve gün içinde kan basıncında dalgalanmalara neden olduğu gösterilmiştir (13).

2.4.2.6. Alkol Kullanımı

Alkol alımının, sempatik sinir sistemini uyarak kan basıncında yükselmeye neden olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle alkol tüketimi hipertansiyon gelişiminde etkili bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (13).

2.4.2.7. Diyabetes Mellitus

Tip 1 diyabet hastalarında hipertansiyonun en yaygın nedeni diyabetik nefropatidir. Tip 2 diyabet hastalarında ise genellikle böbrek fonksiyonları korunmuştur, ancak santral obezite yaygındır. Diyabetin insülin direnci ile birlikte görülmesi, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu artırarak sodyum retansiyonuna ve dolayısıyla kan basıncında artışa neden olmaktadır (13).

2.4.2.8. Hiperlipidemi

Lipid metabolizmasındaki bozuklukların, hipertansiyon gelişimine diyabete benzer bir etki yaptığı belirtilmektedir. Ayrıca, hücre zarının geçirgenliğini değiştirerek mikrovasküler düzeyde böbrek hasarına yol açabileceği bildirilmiştir (36,37).

2.4.2.9. Obstrüktif Uyku Apnesi

Uyku sırasında solunumun düzensizleştiği obstrüktif uyku apnesi sendromu, tekrarlayan hipoksi ataklarına bağlı olarak kan basıncında yükselmelere neden olabilmektedir (38).

2.4.2.10. Madde Kullanımı / İlaçlar / Takviyeler

Bazı ilaç ve maddelerin yanı sıra bitkisel takviyeler de kan basıncı düzeylerinde yükselmeye neden olabilmektedir. Özellikle non-steroid antiinflamatuar ilaçlar, amfetamin ve kokain gibi uyarıcı maddeler, dekonjestanlar, bazı psikiyatrik ilaçlar, kemoterapötikler, steroidler, oral kontraseptifler, bağışıklık baskılayıcı ilaçlar ve meyan kökü ya da ginseng gibi takviyeler bu kapsamda değerlendirilmektedir. Hipertansiyon riski taşıyan bireylerde bu tür ürünlerin kullanım öyküsü detaylı biçimde sorgulanmalıdır (13).

2.5. HİPERTANSİYONLU HASTALARDA ORGAN HASARI

HT aracılı organ hasarı, artmış kan basıncının neden olduğu son organlarda (kalp, kan damarları, beyin, göz ve böbrek) yapısal veya fonksiyonel değişiklikleri ifade eder (39). HT aracılı organ hasarı, şiddetli veya uzun süre devam eden HT’de yaygındır. Ancak daha az şiddetli HT’de de organ hasarı olabilir. Daha geniş tarama

yöntemleri ile HT aracılı organ hasarı, asemptomatik hastalarda giderek daha belirgin hale gelmektedir (40).

2.5.1. Hipertansiyona Bağlı Kalp Yetmezliği

HT; inme, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve periferik vasküler hastalık gibi çok sayıda kardiyovasküler hastalık için önde gelen risk faktörüdür (41). En yaygın olarak kabul edilen hipertansif kalp yetmezliği modelinde; kronik basınç aşırı yüklenmesi, sol ventrikül hipertrofisi gelişmesine yol açar. Progresif hipertrofi ve kalpteki fibrotik değişiklikler, progresif diyastolik disfonksiyona yol açar ve sonuç olarak diyastolik kalp yetmezliği oluşur. Sonuç olarak, kronik hacim ve aşırı basınç yükü olursa sistolik disfonksiyona ilerlemektedir (42).

Klinik açıdan hipertansif kalp hastalığı, HT'nin kalp üzerindeki patofizyolojik ve klinik etkisine dayanarak 4 kategoriye ayrılabilir:

Derece I: Sol ventrikül hipertrofisi olmayan izole sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu

Derece II: Konsantrik sol ventrikül hipertrofisi ile sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu

Derece III: Klinik kalp yetmezliği (korunmuş ejeksiyon fraksiyonu ile dispne ve pulmoner ödem) Derece IV: Kalp yetmezliği ve azalmış ejeksiyon fraksiyonu ile dilate kardiyomiyopati (43).

2.5.2. Hipertansiyona Bağlı Vasküler Yaşlanma ve Remodelling

Vasküler yaşlanmada vasküler sertleşmeye katkıda bulunan HT'nin temel özellikleri fibroz, perivasküler inflamasyon ve vasküler kalsifikasyondur (44).

2.5.3. Hipertansiyona Bağlı Endotel Disfonksiyonu

HT ile ilişkili endotel disfonksiyonu, anormal reaktif oksijen radikalleri üretimi ve nitrik oksidin (NO) vasküler biyoyararlanımının azalması ile karakterizedir (45,46). Sonuç olarak; gevşetici özelliğinin yanında, trombosit adezyonu ve agregasyonunun inhibisyonu, lökosit adezyonu ve migrasyonu, düz kas hücresi proliferasyonu, NO ile ilgili diğer koruyucu faktörlerinde bozulmasıyla ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıkların oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir (47).

2.5.4. Hipertansiyona Bağlı Nörovasküler ve Kognitif Disfonksiyon

Yüksek arteriyel kan basıncının beyinde zararlı etkileri mevcuttur (48). İnme için önde gelen risk faktörü olarak bilinen HT, aynı zamanda Alzheimer hastalığına bağlı bilişsel bozulmada da bir faktördür (49). Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler HT'nin; zayıf bilişsel performans ve demans ile ilişkili olduğunu kanıtlamaktadır (50,51).

2.5.5. Hipertansif Retinopati

HT; retina, koroid ve optik sinir dolaşımına zarar verebilir ve gözün fizyolojik işlevi etkilenebilir (52).

Hipertansif retinopatinin bulguları, kan basıncında akut bir artış veya kronik yüksek kan basıncı ile ortaya çıkabilir(53,54). Hastalığın ilk aşamasında retina arterlerinin daralması belirgindir ve vazokonstriktif faz olarak adlandırılır.Yüksek tansiyon, damarlarda intimal kalınlaşma ve daralma ile endotel hasarına neden olur (55). Kontrolsüz HT devam ederse, bu kan-retina bariyerinin bozulmasına ve plazma materyalinin retinaya sızmasına neden olur ve eksüdatif fazın işareti olan retinanın birden fazla tabakasında sıvı ve kan birikmesine neden olur. Bu aşamada ortaya çıkan iskemik bulgular arasında; pamuk yünü lekeleri, (sinir lifi tabakası enfarktları), retina damarı endotel değişiklikleri (mikroanevrizmalar) ve retina kanamaları bulunur (56).

2.5.6. Hipertansif Nefropati

Hipertansif nefropati, DM sonrası son dönem böbrek yetmezliğinin (SDBY) ikinci en sık sebebidir. Çoğu hipertansif hastada hafif-orta şiddette hipertansif nefroskleroz gelişir, ancak SBDY'ye küçük bir oranda ilerler. Bununla birlikte, kan basıncı değerleri uzun süre kontrol edilemediğinde SDBY gelişen hastaların yüzdesi önemli ölçüde artar. Ayrıca, hipertansif nefropati ve SDBY'nin önümüzdeki yıllar içinde, özellikle yaşlanma ve kardiyovasküler hastalıklardan sağkalımın artması nedeniyle daha da artması beklenmektedir (57,58).

2.6. HİPERTANSİYONUN TANISAL DEĞERLENDİRİLMESİ

Hipertansiyonun tanısı, doğru tedavi yaklaşımının belirlenmesi ve hastalıkla ilişkili komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Tanı süreci, sistematik bir değerlendirme gerektirir ve genellikle hasta öyküsü, fiziksel muayene,

kan basıncı ölçümleri, laboratuvar testleri ve gerektiğinde görüntüleme yöntemlerini içeren bir dizi aşamayı kapsar (59).

2.6.1. Öykü

Hipertansiyon tanısı konulmadan önce yaş, cinsiyet, ailede hipertansiyon öyküsü, aşırı tuz tüketimi, obezite, sigara içme, sedanter yaşam tarzı, alkol kullanımı, stres düzeyi gibi risk faktörler hipertansiyonun gelişimi ile ilişkilidir ve mutlaka sorgulanmalıdır. Ayrıca, diabetes mellitus, dislipidemi, böbrek hastalıkları gibi eşlik eden kronik hastalıklar da hipertansiyonun gelişimine katkıda bulunabilir (60).

2.6.2. Fiziksel Muayene

Hipertansiyon tanısının kesinleştirilmesi veya mevcut tanının doğrulanması amacıyla fiziksel muayene önemli bir basamaktır. Bu muayene sırasında güncel kılavuzlar doğrultusunda kan basıncı ölçümleri yapılmalı, hastalarda sekonder hipertansiyona neden olabilecek etmenler araştırılmalı ve kapsamlı kardiyovasküler değerlendirmeler gerçekleştirilmelidir (61,62). Ayrıca, her iki koldan yapılan sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri arasında belirgin bir fark (sistolik ≥ 20 mmHg, diyastolik ≥ 10 mmHg) saptanması durumunda, bu durum potansiyel vasküler hastalıkların bir göstergesi olabileceğinden dolayı, ileri tetkiklerle araştırılması önerilmektedir (63).

Fiziksel muayene sırasında ayrıca vücut kitle indeksi (BMI) ve bel çevresi ölçülmeli, kalp ve akciğer oskültasyonu, karotis üfürümleri ve periferik nabızlar değerlendirilmelidir. Hipertansiyon ile ilişkili organ hasarı (örneğin, kalp hipertrofisi, böbrek fonksiyonlarında bozulma) da bu aşamada araştırılmalıdır (20).

2.6.3. Kan Basıncı Ölçümü

HT tanısında ilk ve en önemli adım doğru kan basıncı ölçümüdür. Bu süreçte yapılan hatalar, yanlış tanıya ve gereksiz ya da yetersiz tedaviye yol açabilir. Bu nedenle ölçüm öncesi, sırası ve sonrasında çeşitli kurallara dikkat edilmesi gerekmektedir (60).

2.6.3.1. Ofis Kan Basıncı Ölçümü

HT tanısı genellikle ofis ortamında yapılan kan basıncı ölçümleriyle konulmaktadır. Birçok kılavuz, hipertansiyon tanısı için ofis ölçümünde sistolik kan

basıncının ≥ 140 mmHg ve diastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olmasını önermektedir (60).

Hasta ilk defa değerlendiriliyorsa, her iki koldan da ayrı ayrı kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Kollar arasında anlamlı farklar gözlenmesi durumunda (sistolik kan basıncı farkı ≥ 20 mmHg, diastolik farkı ≥ 10 mmHg), bu farklılığın devam edip etmediği kontrol edilmeli ve potansiyel sekonder hipertansiyon nedenleri araştırılmalıdır. Takip eden ölçümlerde, kan basıncının daha yüksek ölçüldüğü kol tercih edilerek değerlendirmeye devam edilmelidir (13,61).

Kan basıncı ölçülmeden önce bireyin en az beş dakika boyunca sessiz bir ortamda dinlenmiş olması gerekir. Kişi son 30 dakika içinde egzersiz yapmamış, sigara içmemiş ya da kafeinli içecekler (örneğin kahve veya çay) tüketmemiş olmalıdır. Ölçüm sırasında birey oturur pozisyonda olmalı, sırtı desteklenmiş ve kolu kalp hizasında sabit olacak şekilde pozisyonlandırılmış olmalıdır. Kullanılan manşetin kol çevresine uygun boyutta olması büyük önem taşır; aksi takdirde ölçüm sonuçları yanıltıcı olabilir. Ölçüm yapılan kolun üzerindeki kıyafetlerin çıkarılmış olması ve mesanenin boşaltılmış bulunması da ölçüm doğruluğunu etkileyen diğer faktörlerdendir. Özellikle dolu mesane, kan basıncını yapay olarak yükseltebilir (64).

Ayrıca, hastanın kullandığı ilaçların da değerlendirilmesi gerekir. Dekonjestanlar, bazı ağrı kesiciler (özellikle nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar) ve bazı diğer reçetesiz ilaçlar kan basıncında yükselmeye neden olabilir. Bu ilaçlar sorgulanmalı ve mümkünse ölçüm öncesi alınmamış olmalarına dikkat edilmelidir. İlk değerlendirme sırasında kan basıncı 140/90 mmHg ve üzeri ölçülen bireylerde tanının doğrulanması amacıyla ikinci bir muayene planlanmalıdır. Tanı, ancak birden fazla ve farklı zamanlarda yapılan ölçümlerin ortalaması esas alınarak konulmalıdır (13,65).

2.6.3.2. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

Beyaz önlük HT (ofis ölçümünde yüksek ancak evde normal) ve maskeli hipertansiyon (ofis ölçümünde normal ancak evde yüksek) gibi yanlış tanıların önlenmesi için ambulatuvar kan basıncı ölçümü önerilmektedir (66). Bu yöntem ile hastaların günlük işleri ve aktiviteleri etkilenmeden, bir ya da birkaç gün otomatik kan basıncı ölçümü yapılması sağlanmaktadır. Ayrıca ambulatuvar kan basıncı ölçümü ile gece ölçümleri de dahil 24 saat ölçüm gerçekleştirilmektedir. Evde kan basıncı

ölçümleri ile iyi korelasyon gösteren bu yöntem güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü için oskültatuvar ve osilometrik olarak ölçüm olmak üzere iki yöntem mevcuttur. Günümüzde her iki yöntem için kullanılan cihazlar otomatik, hafif ve sessizdir. Her iki yöntemin bazı avantajları ve dezavantajları söz konusudur. Öncelikle bu aygıtlar düzenli aralıklar ile kontrol edilmeli ve kalibrasyonları yapılmalıdır. Bu yöntem ile yapılan ölçümlerde hastaların kan basınçları uyanıkken 135/85 mmHg, uykuda iken 120/75 mmHg'dan daha az saptanmalıdır. Hastalar bu cihazların takılı olduğu ve ölçümler gerçekleştirdiği günlerde gün içerisindeki aktivitelerini kaydetmeli, aldığı ilaçları, uyku, yemek ve duyu durumu ile ilgili değişiklikleri not almalıdır (67).

2.6.3.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Hastaların, evde belirli aralıklarla ölçüm yapmasını içerir. Yapılan çalışmalar kan basıncının evde ölçülmesinin, hastaların değerlendirilmesi ve tedaviye yanıtlarının izlenmesinde daha anlamlı bilgiler verdiğini göstermiştir. Bu kapsamda evde kan basıncı ölçümü yaygın bir şekilde önerilmekte ve kullanılmaktadır. Evde kan basıncı ölçümünün en önemli avantajları; beyaz önlük HT'nun tanısına olanak sağlaması, tanı aşamasında karar verilemeyen vakalarda evdeki tansiyon izleminin yol gösterici olması, tedavide kullanılan ilaçlara verilen yanıtın değerlendirilmesi, hastane maliyetlerinin azaltılması ve hasta uyumunun sağlanmasıdır (67).

Hem sabah hem akşam günde iki kez ölçüm yapıp kayıt altına alınmalıdır. Muayene öncesi peş peşe en az üç gün, ideal olarak yedi gün ölçüm yapılmış olmalıdır. Evde yapılan ölçümlerin ortalamasının $\geq 135/85$ mmHg olması durumunda hipertansiyon tanısı konulabilir (68).

2.6.4. Laboratuvar Testleri

Hipertansiyon tanısının kesinleşmesinin ardından, sekonder hipertansiyon olasılıklarını araştırmak veya dışlamak, organ hasarını değerlendirmek amacıyla mutlaka temel laboratuvar testleri yapılmalıdır. Bu hastalarda en sık yapılan tetkikler Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Hipertansiyonda laboratuvar değerlendirmesi

Temel testler
Açlık kan glukozu
Lipid profili (Total kolesterol, LDL, Trigliserid, HDL)
Serum potasyum
Serum ürik asit
Serum kreatinin,
Kreatinin klirens ölçümü ya da glomerüler filtrasyon hızı
Hemoglobin ve hematokrit
Tam idrar tahlili
Elektrokardiyografi
Serum kalsiyum
DM hastalarında idrarda albumin atılımı
DM hastalarında HbA1c
TSH
Kliniğe göre planlanması gereken testler
OGTT (gereken vakalarda)
İdrarda albumin atılım oranı
Ekokardiyografi

Temd 2022 ht tanı ve tedavi klavuzu (21).

Tam idrar tahlili, proteinüriyi tespit etmek ve hipertansiyonun böbrekler üzerindeki etkisini değerlendirmek için önemlidir (60).

Sekonder hipertansiyon tanısı, genellikle daha ayrıntılı ve ileri düzey bir değerlendirme sürecini gerektirmektedir. Bu süreç, esansiyel hipertansiyon olgularına kıyasla daha fazla tanısal tetkik uygulanmasını ve multidisipliner bir yaklaşımı içermektedir. Hipertansiyon vakalarının yaklaşık %5 ila %10'unu oluşturan sekonder hipertansiyonun tüm hastalarda rutin olarak araştırılması ise zaman ve kaynak israfına yol açabileceği gibi, sağlık hizmetlerinde maliyetin artmasına da neden olabilmektedir (62).

Sekonder hipertansiyondan şüphelenilen bireylerde, en yaygın nedenler arasında yer alan parankimal böbrek hastalıkları, primer hiperaldosteronizm ve renovasküler hipertansiyon başta olmak üzere, hedefe yönelik tanısal testlerle değerlendirme yapılması önerilmektedir (69).

2.6.5. Hipertansiyon Hastasında Görüntüleme

HT, uzun dönemde kalp, beyin, böbrek ve damar sistemi gibi hedef organlarda hasara yol açabilmektedir. Bu nedenle, hipertansiyon tanısı alan bireylerde hedef organ hasarını değerlendirmek amacıyla görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır (15).

Kalp değerlendirmesinde en yaygın kullanılan yöntem transtorasik ekokardiyografi'dir. Bu yöntemle sol ventrikül hipertrofisi, duvar kalınlığı ve kalp fonksiyonları incelenebilir. Beyin hasarını belirlemek için kraniyal Bilgisayarlı Tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme kullanılabilir. Özellikle geçirilmiş sessiz inme ya da küçük damar hastalığı saptanmasında bu yöntemler etkilidir (68).

Renal ultrasonografi, böbrek boyutu ve yapısal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılmakta; karotis ultrasonografi ise aterosklerotik plakların ve intima-media kalınlığının değerlendirilmesine olanak tanır (20). Bu görüntüleme yöntemleri sayesinde organ hasarı erken evrede tespit edilip tedavi süreci daha etkin şekilde planlanabilmektedir.

2.7. HİPERTANSİYON TARAMA

Türkiye’de aile hekimliği uygulamaları kapsamında hazırlanan periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberine göre, erişkin bireylerde HT erken tanı konması ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi amacıyla; 18 yaş üzeri kişilere başvuru nedeni ne olursa olsun yılda en az bir kez, HT tanısı almış ise her muayenede kan basıncı ölçümü yapılması önerilmektedir. Aynı şekilde, 3 ila 18 yaş aralığındaki çocuklarda da herhangi bir sağlık nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurdıklarında yılda en az bir defa ve mümkünse her muayene başvurusunda arteriyel kan basıncının ölçülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (70).

2.8. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ

2.8.1. Tedavinin Önemi ve Hedefleri

Hipertansiyon, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, dünya genelinde her yıl yaklaşık 10 milyon kişi hipertansiyona bağlı komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu nedenle, yüksek kan basıncının etkin bir şekilde kontrol altına alınması büyük önem taşımaktadır (13). Kan basıncı kontrolü

sağlanırken, hipertansiyon tanısı almış tüm bireylere yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli; ancak her hastanın farmakolojik tedaviye ihtiyaç duymayabileceği unutulmamalıdır. Bu noktada, tedavi sürecinin bireyselleştirilmesi ve hasta-hekim iş birliğiyle karar verilmesi önem arz etmektedir (71).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından yürütülen “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması”na göre, bireylerin yalnızca %40’ı hipertansiyon hastalığının farkında ve sadece %31,1’i medikal tedavi almaktadır. Bu çalışmada, tüm katılımcıların %8,1’inin ve tedavi gören bireylerin ise %20,7’sinin kan basıncı değerlerinin hedef düzeyde olduğu belirlenmiştir (72). Hipertansiyon tedavisindeki temel amaç, sadece kan basıncını normal sınırlara çekmek değil; aynı zamanda glikoz intoleransı, diyabet, dislipidemi, obezite, sigara ve alkol kullanımı gibi diğer kardiyovasküler risk faktörlerini de kontrol altına almaktır (73).

Tedavi sürecinde genel hedef kan basıncı değeri <140/80 mmHg olarak kabul edilmektedir (60). Ancak 80 yaş ve üzeri bireylerde bu hedef, 150/90 mmHg ve altı olacak şekilde belirtilmiştir. Bu yaş grubunda hedef değerlere ulaşmak, serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (73).

Tüm bu bilimsel kanıtlara rağmen, güncel araştırmalar hipertansiyon hastalarının yalnızca yaklaşık yarısında kan basıncının etkin şekilde kontrol altında tutulabildiğini göstermektedir (13). Bu durum, hipertansiyon yönetiminde hem farkındalığın hem de tedaviye uyumun artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

2.8.2. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları

2.8.2.1. Sağlıklı Beslenme

Hipertansiyon, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleriyle büyük ölçüde önlenabilir, ortaya çıkışı geciktirilebilir ya da hastalığın şiddeti azaltılabilir (60). Tanı almış tüm bireylerde, ilaç tedavisi uygulansın ya da uygulanmasın, yaşam tarzı değişikliklerinin mutlaka önerilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (71). Bu değişikliklerin temel hedeflerinden biri de kardiyovasküler riskin azaltılmasıdır (60).

Özellikle evre 1 hipertansiyon hastalarında, 6 ila 12 ay boyunca sürdürülen yaşam tarzı değişikliklerinin, ilaç tedavisine başlamadan önce kardiyovasküler riskin

azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (20). Sodyum tüketimeinin azaltılması ve kilo kaybının sağlanması, özellikle ileri yaş bireylerde, hipertansiyonun ilaçsız yönetiminde etkili, uygulanabilir ve güvenilir yöntemler arasında yer almaktadır (74). Ayrıca, hafif düzeydeki kilo kaybının bile klinik açıdan anlamlı kan basıncı düşüşlerine ve hipertansiyon gelişme riskinin azaltılmasına katkı sağladığı belirlenmiştir (75).

2.8.2.2. Tuz Kısıtlaması

Yüksek düzeyde tuz (sodyum) tüketimi ile kan basıncındaki artış arasında güçlü bilimsel bulgular mevcuttur. Yapılan araştırmalar, hipertansiyonun kontrolünde yaşam tarzı değişiklikleri arasında en etkili uygulamalardan birinin tuz alımının sınırlandırılması olabileceğini göstermektedir (76). Bu kapsamda, günlük diyetle sodyum alımı 1,5 gramın altında tutulmalı, bu da yaklaşık olarak 6 gram sofraya tuzuna denk gelmektedir. Tuz tüketiminin azaltılması, ortalama olarak sistolik kan basıncında yaklaşık 5 mmHg, diyastolik basınçta ise 2 mmHg'lik bir düşüşe neden olabilmektedir (77). Ayrıca, günlük alınan tuzun içeriği açısından %50-65 oranında sodyum klorür (NaCl), %25-30 potasyum klorür (KCl) ve %5-10 kalsiyum-magnezyum sülfat içermesi önerilmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin (2022) verilerine göre, tuz kısıtlaması ile sistolik kan basınç değerinde yaklaşık 5 mmHg, diyastolik değerinde ise 6 mmHg'lik azalma sağlanabileceği belirtilmektedir (13).

Hastalar çoğu zaman ekmek, konserve ürünler, kahvaltılık gevrekler, işlenmiş etler ve turşu gibi besinlerin yüksek miktarda tuz içerdiğinin farkında değildir. Bu konuda bireylerin bilgilendirilmesi ve farkındalık düzeylerinin artırılması, sağlıklı yaşam süresinin uzatılmasına önemli katkılar sağlayacaktır (19).

2.8.2.3. İdeal Vücut Ağırlığı

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ülkemizde yetişkin bireylerin yaklaşık %64,9'u ideal vücut ağırlığının üzerindedir. Bu nedenle, hipertansiyon hastalarında kilo kontrolü büyük önem taşımaktadır. Hastaların, normal kilo aralığına ulaşmaları ya da en azından mevcut vücut ağırlıklarının %5-10'unu azaltmaları önerilmektedir (61).

Bu konuda gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, ortalama 5,1 kilogramlık bir kilo kaybının, sistolik kan basıncında yaklaşık 4,4 mmHg ve diyastolik kan basıncında 3,6 mmHg düzeyinde bir düşüşle ilişkili olduğu bildirilmiştir (78).

Ayrıca, kilolu bireylerde her 1 kilogramlık kilo kaybının, sistolik kan basıncında ortalama 5 mmHg'lik bir azalma sağlayabileceği belirtilmektedir (13).

2.8.2.4. Sigaranın Bırakılması

Hipertansiyonlu bireylerde sigara kullanımının önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, hastaların sigaraya başlamamaları konusunda bilinçlendirilmeri; sigara kullanıyorlarsa bırakmaları yönünde teşvik edilmeleri gerekmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, günde yalnızca bir adet sigara tüketen bireylerde bile, sigara kullanmayanlara kıyasla koroner arter hastalığı riskinin yaklaşık %50 oranında, inme riskinin ise %25 oranında daha yüksek olduğu belirtilmiştir (79). Dolayısıyla, sigara kullanımının kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki olumsuz etkileri hakkında hastalar bilgilendirilmeli ve sigarayı bırakmaları yönünde gerekli destek sağlanmalıdır (20).

2.8.2.5. Egzersiz

Hipertansiyonun hem önlenmesi hem de kontrol altına alınmasında düzenli fiziksel aktivitenin önemli bir rolü bulunmaktadır. Özellikle aerobik, izometrik ve direnç egzersizlerinin bu konuda etkili olduğu bilinmektedir. Haftada en az üç gün olmak üzere, toplamda 90 ila 150 dakika arasında yürüyüş, koşu, yüzme gibi aktivitelerin yapılması önerilmektedir. Araştırmalar, düzenli egzersiz yapan hipertansiyon hastalarında sistolik kan basıncında yaklaşık 5 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 8 mmHg'ye kadar düşüş sağlanabildiğini göstermektedir (13).

2.8.2.6. Stresin Azaltılması

Kronik stresin, kan basıncında yükselmeye neden olabileceği ve hipertansiyon gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle stresle başa çıkma yöntemleri, hipertansiyonun yönetiminde önemli bir destek unsuru olarak değerlendirilmektedir. Günlük olarak yaklaşık 15 dakika süreyle yapılan yavaş ve ritmik nefes egzersizlerinin, kan basıncının düzenlenmesine katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (13).

2.8.2.7. Alkol kullanımı

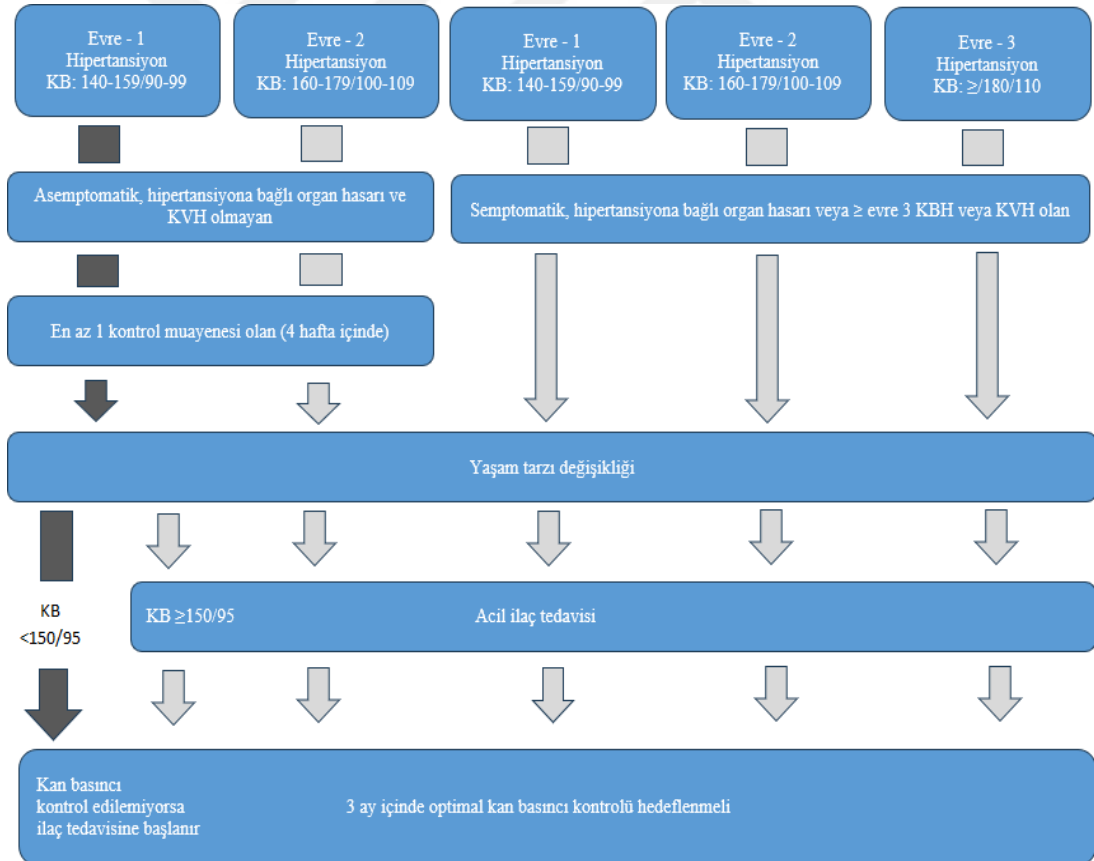
Alkol tüketiminin, kan basıncını yükseltebileceği ve kardiyovasküler hastalık riskini artırabileceği yönünde çeşitli bilimsel bulgular mevcuttur. Bu nedenle,

hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolü açısından alkol alımının sınırlandırılması önerilmektedir (60).

2.8.3. İlaç Tedavisi

Hipertansiyon hastalarında farmakolojik tedaviye başlanmadan önce bireyin kan basıncı düzeyi, hipertansiyona eşlik eden risk faktörleri ve mevcut komorbid hastalıkları birlikte değerlendirilmelidir. Genel popülasyonda antihipertansif tedaviye başlama eşiği genellikle $\geq 140/90$ mmHg olarak kabul edilmektedir. Ancak, 80 yaş ve üzeri bireylerde, diyabet, koroner arter hastalığı veya kronik böbrek hastalığı gibi yüksek risk faktörleri bulunsun dahi, tedavi başlangıcı için sistolik kan basıncı eşik değeri ≥ 150 mmHg olarak belirlenmiştir (61).

Hipertansiyonun evrelerine göre tedavi yaklaşımı, 2023 (ESC/ESH) kılavuzuna göre şekillendirilmekte olup, bu kapsamda tedavi planlaması ilgili kılavuzun Şekil 1'de özetlenmiştir (60).



KVH=Kardiyo vasküler hastalığı, KBH=Kronik böbrek hastalığı, KB: Kan basıncı

Şekil 1. 2023 ESC/ESH Kılavuzu'na göre hipertansiyonun evrelerine göre önerilen tedavi yaklaşımları

Şekil 1’de 2023 ESC/ESH Kılavuzu’na göre hipertansiyonun evrelerine göre önerilen tedavi yaklaşımları özetlenmiştir (60). Hipertansiyon hastaları üzerinde gerçekleştirilen çok sayıda randomize kontrollü çalışma, antihipertansif tedavinin etkinliğinin esas olarak bu ilaçların kan basıncını düşürme yeteneğine dayandığını ortaya koymuştur (80). Antihipertansif ilaç seçiminde, tercih edilen ilacın ait olduğu farmakolojik sınıf büyük önem taşımaktadır. Uluslararası tedavi kılavuzlarının tamamı, hasta uyumunun kan basıncı kontrolünü sağlamada belirleyici bir faktör olduğu konusunda ortak görüşe sahiptir (81).

2.8.3.1. İlaç Tedavisinin Kuralları

Antihipertansif tedaviye başlanırken, tedaviye yanıtı değerlendirmek ve yan etki riskini azaltmak amacıyla en düşük dozla başlanmalı; hedeflenen kan basıncı düzeyine ulaşmaya kadar doz kademeli olarak artırılmalıdır. Kan basıncını daha etkili şekilde düşürmek ve advers etkileri azaltmak için uygun kombinasyon tedavileri tercih edilmelidir. Bu amaçla sabit düşük doz kombinasyonlar, özellikle tedaviye yeni başlayan hastalarda önerilmektedir. Başlanan tedavide yeterli yanıt alınamaması ya da yan etkiler nedeniyle ilacın tolere edilememesi durumunda, sadece doz artırımı yerine alternatif bir ilaç grubuna geçilmesi veya uygun bir kombinasyon tedavisi planlanmalıdır. Kombinasyon tedavisine geçildiğinde, üçlü veya dörtlü tedaviye ihtiyaç duyulursa, bu kombinasyonlardan birinin mutlaka bir diüretik içermesi önerilmektedir (82).

Komorbiditesi olmayan hastalarda tedaviye, beş ana ilaç grubundan herhangi biriyle başlanabilir: beta blokerler, diüretikler, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), kalsiyum kanal blokerleri ve anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri (61). JNC 8 (Sekizinci Ortak Ulusal Komite) kılavuzunda beta blokerler başlangıç tedavisi için önerilmemektedirken, 2023 ESC/ESH kılavuzu bu ilaçları başlangıç seçenekleri arasında değerlendirmektedir (68,60,83). Bu beş grup ilaç içerisinde, ARB ile ACE inhibitörü kombinasyonu dışında, diğer ilaçlar arasında çeşitli kombinasyonlar başlangıç tedavisi olarak tercih edilebilir. Özellikle, ilk adımda ARB veya ACE inhibitörüne, kalsiyum kanal blokeri ya da diüretik eklenmesi önerilmektedir (61).

İkili kombinasyon tedavisinin yetersiz kalması durumunda, ACE inhibitörü ya da ARB'nin yanı sıra kalsiyum kanal blokeri ve diüretik içeren üçlü tedaviye

geçilmelidir. Beş temel ilaç grubuna ek olarak, mineralokortikoid reseptör antagonistleri, alfa blokerler ve santral etkili ajanlar gibi diğer ilaç gruplarının da tedavideki yeri araştırılmaktadır. Bu ilaçların, özellikle dirençli hipertansiyonu olan hastalarda kullanılabileceğine dair literatürde çeşitli bulgular mevcuttur (60). Bu nedenle, üçlü kombinasyon tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda tedaviye mineralokortikoid reseptör antagonisti eklenmesi değerlendirilebilir (61).

Antihipertansif tedavide tek bir ilacın maksimum doza çıkarılması genellikle yan etki riskini artırmaktadır. Bu nedenle, birden fazla ilacın düşük dozlarda kombinasyonu ile tedavi planlamak daha uygun ve tolere edilebilir bir yaklaşımdır. İlaç seçimi yapılırken, olası yan etkiler ve kontrendikasyonlar dikkate alınmalı, tedavi bireyselleştirilerek hastanın klinik özelliklerine göre şekillendirilmelidir (13). Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED) 2022 Kılavuzu'nda, antihipertansif ilaçların kontrendikasyonlarına ilişkin bilgiler Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Antihipertansif grupların olası ve zorunlu kontrendikasyonları (13).

İlaç	Zorunlu	Olası
Tiyazid diüretikler	Gut	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Gebelik
Beta blokerler	Astma AV blok (2. ya da 3. derece)	Periferik arter hastalığı Metabolik sendrom, Atletler ve fiziksel olarak aktif hastalar Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
Kalsiyum antagonistleri (dihidropiridinler)		Taşiaritmiler, Kalp yetersizliği
Kalsiyum antagonistleri (verapamil, diltiazem)	AV blok (2. ya da 3. derece) Kalp yetersizliği	
ACE İnhibitörleri	Gebelik, Anjionörotik ödem Hiperpotasemi Bilateral renal arter darlığı	
ARB	Gebelik Hiperpotasemi Bilateral renal arter darlığı	
Diüretikler (Aldosteron antagonistleri)	Böbrek yetmezliği Hiperpotasemi	

2.8.3.2. Diüretikler

Diüretikler, temel olarak böbrek tübüllerinde sodyum atılımını artırarak antihipertansif etki gösterirler. Bunun yanı sıra, bazı diüretiklerin vazodilatasyona katkı sağlayan özellikleri de bulunmaktadır (73). Yapılan araştırmalar ve meta-analizler, diüretiklerin kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle kalp yetmezliğinin önlenmesinde, diüretiklerin diğer antihipertansif ilaç gruplarına kıyasla daha belirgin bir yarar sağladığı gösterilmiştir (84).

2.8.3.3. Renin Anjiyotensin Sistemi Blokerleri

Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) inhibitörleri ile Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB), hipertansiyon tedavisinde en yaygın kullanılan ilaç grupları arasında yer almaktadır (85). Her iki grup da kardiyovasküler olayların ve mortalitenin azaltılmasında, diğer antihipertansif ilaç sınıfları ile benzer düzeyde etkilidir. Ancak aynı renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini hedef aldıkları için ACE inhibitörleri ile ARB'lerin birlikte kullanımı önerilmemektedir (73).

ACE inhibitörlerinin en sık bildirilen yan etkisi kuru öksürüktür. Ayrıca, glomerüler filtrasyon hızını azaltarak serum kreatinin düzeyinde artışa neden olabilirler. Bunun yanı sıra hiperkalemi riski oluşturabilecekleri için kullanımları sırasında dikkatli olunmalıdır. Öte yandan ARB'ler, öksürük yan etkisine yol açmazlar ancak nadiren anjiyoödem gelişebilir. ARB'ler, antihipertansif ilaçlar arasında en düşük yan etki profiline sahip gruplardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hasta uyumu genellikle daha yüksek olup tedavi bırakma oranları daha düşüktür (86).

2.8.3.4. Kalsiyum Kanal Blokeri

Kalsiyum kanal blokerleri, arteriollerin düz kas hücrelerinde bulunan L tipi kalsiyum kanalları üzerinden hücre içine kalsiyum girişini engelleyerek antihipertansif etki gösterirler (73). Bu ilaç grubu, hipertansiyon tedavisinde sık tercih edilen ajanlar arasında yer almakta olup, kardiyovasküler olayların azaltılmasında diğer antihipertansif gruplarla benzer etkililik göstermektedir (87). Yapılan bazı meta-analiz çalışmaları, kalsiyum kanal blokerlerinin inme riskini azaltmada etkili olduğunu ortaya koyarken, kalp yetmezliğini önlemede diğer ilaçlara kıyasla daha sınırlı bir başarıya sahip olabileceğini belirtmektedir (86).

Bu ilaç grubuna özgü en yaygın yan etki periferik ödemdir ve bu etki özellikle yüksek doz kullanımlarında daha belirgin hale gelir. Bununla birlikte, kalsiyum kanal blokerlerinin ACE inhibitörleri veya ARB grubu ilaçlarla birlikte kullanılması, bu ödem yan etkisinin hafifletilmesine katkı sağlayabilir (73). Ayrıca, bu kombinasyonlar kan basıncının kontrol altına alınmasında daha güçlü bir etki yaratmaktadır (88).

2.8.3.5. Beta Blokerler

Beta blokerler, antihipertansif etkilerini kalp debisini azaltarak ve böbreklerden renin salınımını inhibe ederek gösterirler. Bu ilaç grubu, kalp yetmezliği bulunan ya da miyokard enfarktüsü (MI) geçirmiş hastalarda olumlu klinik sonuçlar sağlamaktadır. Ayrıca anjina pectoris tedavisinde de etkin bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Ancak, glikoz metabolizması üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle, prediyabetik veya diyabetik bireylerde ilk basamak tedavi olarak tercih edilmemeleri önerilmektedir. Öte yandan, gebelik planlayan, hamile ya da emzirme dönemindeki kadınlarda, güvenli profili nedeniyle özellikle labetalol gibi beta bloker türevlerinin kullanımı uygun görülmektedir (73).

2.9. HİPERTANSİYON TAKİBİ

HT tedavisinin başlatılmasını takiben, ikinci hasta görüşmesi ilk 1 ila 3 ay içerisinde, tercihen en erken sürede gerçekleştirilmelidir. Bu takip görüşmesinde kan basıncı değerleri yeniden değerlendirilir. Eğer hasta, hedeflenen kan basıncı düzeylerine ulaşmışsa, mevcut tedavi rejimi sürdürülür ve takip randevusu üç ay sonraya planlanır. Kan basıncı kontrolü sağlanamamışsa; mevcut doz yeterli değilse optimal doza çıkılmalı, doz yeterli ancak yanıt yetersiz ise kombine tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir. Bu süreçte hasta, üçer aylık periyotlarla düzenli olarak izlenmelidir (21).

Hasta uyumunun artırılması, hipertansiyon yönetiminin başarısı açısından kritik öneme sahiptir. Bu doğrultuda, sağlık profesyonelleri tarafından hastalara hastalığın olası komplikasyonları ve tedaviye uyumun sağlayacağı faydalar hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi vermelidir (13).

Tedavi başladıktan sonra ilk iki ay içerisinde antihipertansif ilaçların etkinliği mutlaka değerlendirilmeli; hedef kan basıncı düzeylerine ulaşamayan bireyler ise tedaviye uyum açısından detaylı olarak incelenmelidir. Kan basıncı kontrol altına

alındığında takip aralıkları üç ila altı ay arasında olacak şekilde yeniden planlanabilir (13).

HT hastalarının yıllık olarak lipid profili, açlık plazma glukozu, serum kreatinin ve potasyum düzeyleri kontrol edilmelidir. Organ hasarının erken dönemde tespit edilebilmesi amacıyla, idrarda protein atılımı ve elektrokardiyografi değerlendirmeleri en az iki yılda bir yapılmalıdır. Ayrıca, uygun hastalarda uzun etkili, sabit doz kombinasyon ilaçlarının tercih edilmesi hasta uyumunu artırmakta ve kan basıncında daha etkili kontrol sağlamaktadır (13).

2.10. HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE UYUM

HT tedavisindeki en büyük zorluklardan biri, hastaların tedaviye olan uyum eksikliğidir. Türkiye'de gerçekleştirilen 2017 yılı Hanehalkı Sağlık Araştırması'na göre, her dört HT hastasından birinin önerilen tedaviye uymadığı bildirilmiştir (89). Tedaviye uyumsuzluk, hipertansiyonun kontrol altına alınamamasının başlıca sebeplerinden biri olarak hem globalde hem de ülkemizde önemli bir sorun teşkil etmektedir (90).

Bu durum, hipertansiyonun kontrolsüz olmasına yol açmakta ve gereksiz ilaç dozlarının uygulanmasına ya da tedavi değişikliklerine neden olarak, yan etkilerin artmasına ve sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır (91). Yapılan araştırmalar, hipertansiyon hakkında daha fazla bilgi sahibi olan kişilerin tedaviye uyumunun arttığını göstermektedir. Dolayısıyla, sağlık profesyonellerinin multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek hastaların bilgi eksikliklerini giderme ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etme amacıyla çeşitli programlar geliştirmeleri, tedaviye uyumun artırılmasına yardımcı olacaktır (92,93).

HT tedavisinde başarılı olabilmek için ilaç uyumunun sağlanması kritik öneme sahiptir. Hastalar, hipertansiyonun risk faktörleri ve belirtileri hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilmeli, gerekirse yazılı kaynaklardan yararlanılmalıdır. Ayrıca, tedaviye uyulmaması durumunda oluşabilecek komplikasyonlar ve tedavi planları hakkında hasta ile detaylı bir danışmanlık süreci yürütülmelidir. Yaşam biçimi değişikliklerinin, medikal tedavi ile birlikte kan basıncının kontrolü açısından önemli olduğu her görüşmede hastaya anlatılmalı ve tedavi sürecinde gereksiz değişikliklerden kaçınılmalıdır. Hastalarla iletişimde yeterli zaman ayrılmalı, onların

kendilerini ifade etmelerine olanak tanınmalı, ilaçların düzenli kullanımı ve periyodik takiplerin önemi açıkça vurgulanmalıdır (94,95).

2.11. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bileşeni olan aile hekimleri, hipertansiyon hastalarıyla sıklıkla karşılaşmakta ve hastalığın tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde aktif rol üstlenmektedir. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine olan uyumlarını değerlendirebilmek amacıyla, 1980’li yıllarda Morisky ve arkadaşları tarafından dört maddelik bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçek, 2012 yılında Vural, Acar, Topsever ve Filiz tarafından Türkçeye uyarlanmış; geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve kronik hastalıkların özellikleri göz önünde bulundurularak iki madde eklenerek altı maddelik "Türkçe Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği" oluşturulmuştur (96).

Ölçek “Evet” ve “Hayır” şeklinde yanıtlanan altı sorudan oluşmaktadır. Genel puanlama sistemine göre, “Evet” yanıtı 0 puan, “Hayır” yanıtı ise 1 puan olarak değerlendirilmekte; ancak 2. ve 5. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin 1., 2. ve 6. sorularından elde edilen toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyine, 2 ve üzeri puan ise yüksek motivasyon düzeyine işaret etmektedir. Benzer şekilde, 3., 4. ve 5. sorulardan alınan toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, 2 ve üzeri ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (Ek-2).

Bu ölçek aracılığıyla elde edilen veriler, hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine ne derece uyum sağladıklarını belirlemeye yardımcı olmakta; ayrıca tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin analiz edilmesine ve bu doğrultuda uygun müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sunmaktadır.

2.12 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), bireylerin sosyal çevrelerinden algıladıkları desteğin değerlendirilmesi amacıyla Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (11). Ölçeğin Türkiye uyarlaması ve psikometrik değerlendirmeleri Eker ve Arkar tarafından gerçekleştirilmiş ve yapı geçerliliği analiz edilmiştir (12).

ÇBASDÖ, toplam 12 maddeden oluşan, yedili Likert tipi bir ölçektir. Katılımcılar, her maddeye “1 = Hiç katılmıyorum” ile “7 = Tamamen katılıyorum” arasında değişen derecelerde yanıt verir. Ölçek, bireyin algıladığı sosyal desteği üç farklı kaynaktan değerlendirmektedir: Aile (madde 3, 4, 8, 11), arkadaşlar (madde 6, 7, 9, 12) ve özel bir kişi (madde 1, 2, 5, 10) olarak gruplandırılmıştır. Özel kişi, bireyin duygusal bir ilişkide bulunduğu kişi olabileceği gibi, yakın bir akraba, arkadaş da olabilir.

Her alt boyutta yer alan dört maddenin puanlarının toplamı, ilgili alt ölçeğin puanını oluştururken; tüm alt ölçek puanlarının toplamı genel algılanan sosyal destek düzeyini yansıtan toplam ölçek puanını vermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek puan ise 84’tür. Yüksek puanlar, bireyin daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladığını göstermektedir.

Eker ve Arkar’ın Türkiye’de yürüttüğü geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının 0.80 ile 0.95 arasında değiştiği ve yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır (12,97).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Çalışma Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.12.2024 tarih ve 2024/10-19 karar numaralı etik kurul onayı ile yapılmıştır. Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğünden 25.02.2025 tarihli ve E-13389845-770-269399757 sayı ile Merkez 1 nolu aile sağlığı merkezinde tez çalışması için izin onayı alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA TİPİ, YERİ VE ZAMANI

Çalışmada; veriler anket yöntemiyle elde edilmiştir. Bu kapsamda hazırlanan ölçekler Adıyaman Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kişilerden, 25.02.2025-01.04.2025 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hastalardan, yüzyüze anket formları doldurularak ulaşılan sonuçlar araştırılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni, hipertansiyon hastalığı olan kişilerdir. Araştırmanın ulaşılabilir evreni ise, Adıyaman 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve hipertansiyon teşhisi konulmuş kişilerden oluşmaktadır. Adıyaman 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı hipertansiyon hasta sayısı 2350'dir. Bu açıdan bu çalışmanın ulaşılabilir evreni 2350'dir. Ancak evrenin tamamına ulaşılmasının hem zaman hem de maliyet açısından genellikle mümkün olmadığı zamanlarda evreni temsil edilecek örneklem tercih edilir. Ayrıca bu ulaşılabilir evrenin temsil edilmesi amacıyla hastaların belirlenmesinde bir örnekleme yönteminin tercih edilmesine ihtiyaç duyulmuştur (98). Bu kapsamda tercih edilen örnekleme yöntemi amaçsal örnekleme yöntemidir. Bu yöntem, çalışmanın amacını temsil etme yeteneğine haiz örnekleme ulaşmayı gerçekleştirmenin yanı sıra çalışmanın amacı doğrultusunda elde edilecek örneklemdeki verilerin niteliğini evrene genellenebilmesini en iyi seviyelerde mümkün hale getirebilmektedir (99). 2350 büyüklüğünde bir evren için Altunışık ve ark. (100) yapmış oldukları hesaplamalarda %5 hata düzeyinde 330 örneklemin evreni temsil etmek için yeterli olacağını ifade edilmiştir. Bu açıdan bu çalışma için elde edilen 330 anketin evreni temsil etmek için yeterli olduğu görülmektedir.

Dahil Edilme Kriterleri:

- 1) 18 yaş ve üstü olmak
- 2) Hipertansiyon hastası olmak
- 3) Sorulara cevap verecek bilişsel düzeeye sahip olmak
- 4) Ankete katılımda gönüllü olmak

Dışlanma Kriterleri:

- 1) 18 yaştan küçük olmak
- 2) Sorulara cevap verecek bilişsel düzeeye sahip olmamak
- 3) Ankete katılımda gönüllü olmamak

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada, veriler gönüllü katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, anket formlarının doldurulması ile elde edilmiştir. Anket formu; tarafımızca literatür taranarak oluşturulan Sosyodemografik Veriler Anket Formu'nun yanı sıra, Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni (ÇBASDÖ) içermektedir

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Literatür taranarak tarafımızca hazırlanan hasta Sosyodemografik Veriler Anket Formu; katılımcıların sosyodemografik verilerini (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu) kiminle ve nerde (il merkezi, ilçe, köy) yaşadağı, kronik hastalıkları, mevcut kronik hastalık sayısı , ailesinde hipertansiyon öyküsü, ne kadar süredir HT mevcut olduğu, kullandığı ilaç adet sayısı, tansiyon ölçümünü nerde ve ne sıklıkla yaptığı, sigara kullanımı,alkol kullanımı ve beden kitle indeksi (BKİ)ni içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ)

TMMÖ'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Vural ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir (96). Altı maddeden oluşan bu ölçek, bireylerin ilaç tedavisine uyumlarını iki boyutta motivasyon ve bilgi düzeyi olarak değerlendirmektedir. Ölçekte yer alan sorular "Evet" ve "Hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. 2. ve 5. maddelere verilen "Evet" yanıtları 1 puan, "Hayır" yanıtları ise 0 puan olarak değerlendirilirken; diğer maddelerde bu puanlama tersine

işlemektedir: "Evet" yanıtı 0, "Hayır" yanıtı ise 1 puan olarak kabul edilmektedir. Motivasyon düzeyi, 1., 2. ve 6. sorulardan elde edilen toplam puana göre belirlenmektedir; bu toplam 0 veya 1 ise düşük motivasyon, 2 veya daha yüksek ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. Benzer şekilde, 3., 4. ve 5. sorulardan alınan toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, 2 veya üzeri ise yüksek bilgi düzeyini ifade etmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar incelendiğinde, motivasyon ve bilgi düzeylerinin puanla birlikte arttığı görülmektedir (96).

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ, ilk olarak Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir (11). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlilik çalışmaları Eker ve Arkar (12) tarafından gerçekleştirilmiş; 2001 yılında ise Eker, Arkar ve Yıldız tarafından tekrar gözden geçirilerek değerlendirilmiştir. ÇBASDÖ, bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş, 12 maddeden oluşan ve 7 dereceli Likert tipi (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 7=Kesinlikle Katılıyorum) bir ölçektir. Ölçekte, sosyal destek üç farklı alt boyutta ele alınmaktadır: Aile desteği (3., 4., 8. ve 11. maddeler), arkadaş desteği (6., 7., 9. ve 12. maddeler) ve özel bir kişiden alınan destek (1., 2., 5. ve 10. maddeler). Her bir alt boyuttan elde edilebilecek puan aralığı 4 ile 28 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında olup, yüksek puanlar bireyin sosyal destek algısının yüksek olduğunu, düşük puanlar ise algılanan desteğin zayıf olduğunu göstermektedir. Yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı oldukça yüksek bulunmuş; Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçek için 0,89, aile desteği alt boyutu için 0,85, arkadaş desteği için 0,88 ve özel insan desteği için 0,92 olarak hesaplanmıştır (12).

3.5. İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırmanın analizlerine başlamadan önce verilerin güvenirlik analizine bakıldı. Bu doğrultuda ölçekteki ifadelerin tamamının ve ölçeğin alt boyutlarının ayrı ayrı güvenirlik analizlerini tespit etmek amacıyla Cronbach's Alpha Ka katsayı değerine bakıldı. Ölçeklerin güvenirliklerine bakıldıktan sonra ölçekteki alt boyutlar ile demografik ve sağlık değişimleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla normallik

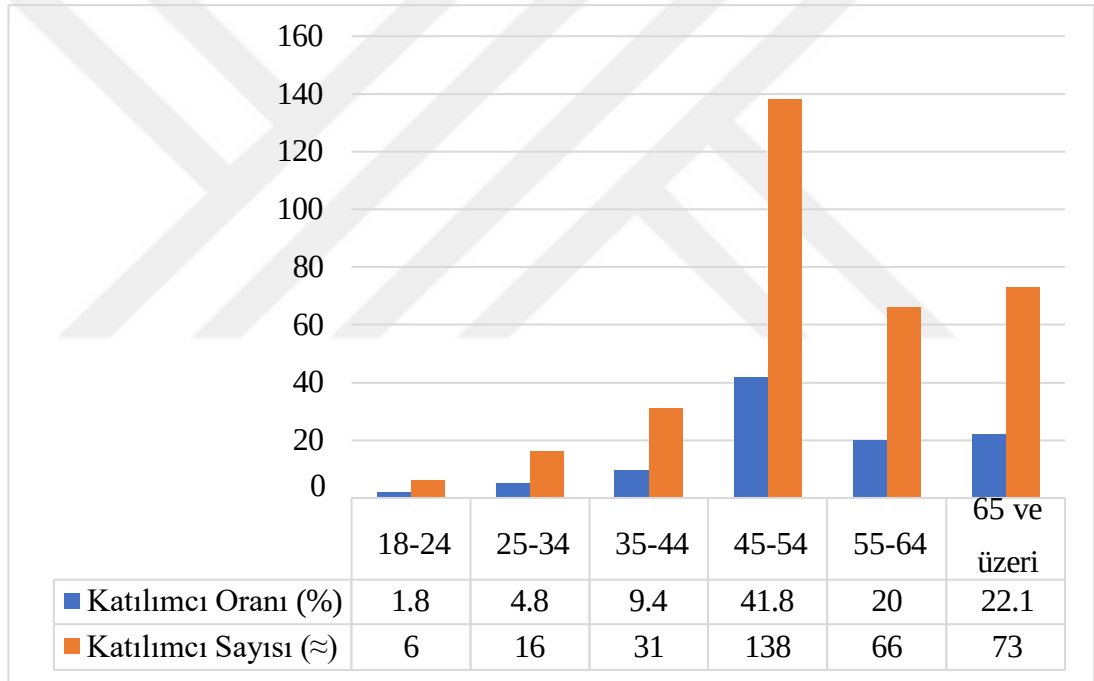
testleri uygulandı. Literatürde normallik ile ilgili Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerin katsayı değerleri ile verilerin çarpıklık, basıklık değeri ve örneklem sayıları tespit edildi. Elde edilen analizler ve sonuçlar neticesinde verilerin normal dağıldığı varsayılmış ve ölçekteki alt boyutlar ile demografik ve sağlık değişkeleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla parametrik testlerin kullanılmasına karar verildi. Bu doğrultuda değişken sayısı 2 olan ifadelerde t-testi, değişken sayısı 3 ve daha fazla olan ifadelerle ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulandı. Ölçekteki alt boyutlar ile demografik ve sağlık değişkeleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ifadelerde hangi değişkenin puan ortalamasının yüksek olduğunun tespit edilmesi amacıyla aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Son olarak hem sosyal destek alt boyutları ile TMMÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin hem de tüm alt boyutların diğer alt boyutlarla olan ilişkisinin tespit edilmesi amacıyla Korelasyon Analizi yapıldı.

4. BULGULAR

. Bu çalışmada, 330 katılımcıdan elde edilen verilerin analizi sonucunda çeşitli demografik, sosyal destek, tedavi uyumu ve sağlık göstergelerine ilişkin bulgulara ulaşıldı. Aşağıda bu bulgular detaylı bir şekilde sunulmaktadır:

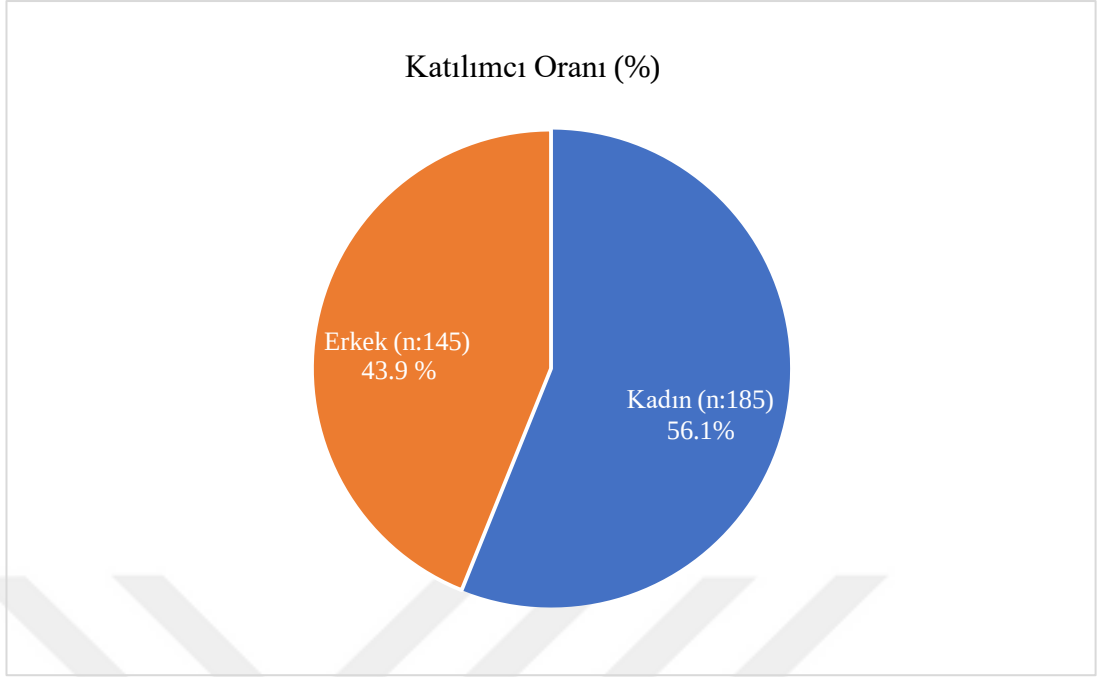
4.1. DEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmaya katılan 330 bireyin yaş dağılımı incelendiğinde, en büyük grubun %41,8 ile 45-54 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Bunu %22,1 ile 65 yaş ve üzeri bireyler ve %20 ile 55-64 yaş aralığındaki bireyler takip etmektedir. 35-44 yaş grubunda %9,4 oranında katılımcı bulunurken, 25-34 yaş grubunda bu oran %4,8'dir. En düşük katılım ise %1,8 ile 18-24 yaş grubunda gözlemlendi.



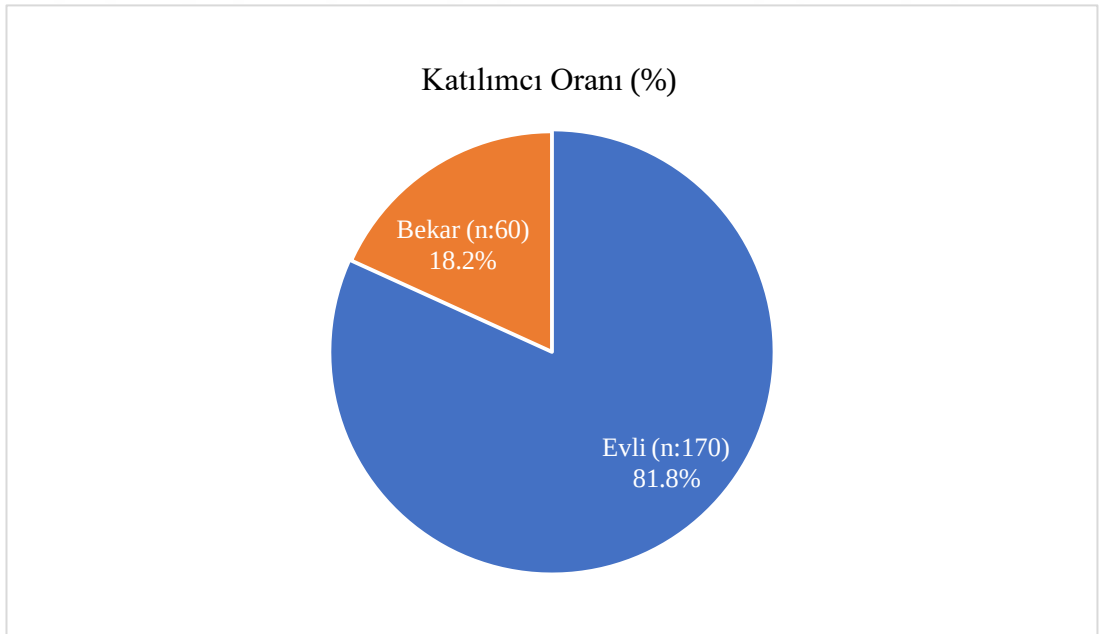
Şekil 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %56,1'ini (n:185) kadınlar, %43,9'unu ise (n:145) erkekler oluşturmaktadır.



Şekil 3. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, %81,8'inin (n:270) evli, %18,2'sinin ise (n:60) bekardır.



Şekil 4. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında, %30,9'unun ortaöğretim, %22,1'inin ilköğretim, %19,4'ünün ise okuma yazma bilmediği tespit edilmiştir. Katılımcıların %13,9'u yalnızca okur-yazar düzeyindedir. Üniversite mezunu katılımcılar %10,9 oranındayken, lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlar %2,7 ile en düşük grubu oluşturmaktadır. Mesleki durumları incelendiğinde, %46,1'inin ev hanımı olduğu belirlenerek, bunu %22,7 ile emekli bireyler takip etmektedir. Katılımcıların %15,5'i kamu, %10,9'u ise özel sektörde çalıştığı tespit edildi. İşsiz bireylerin oranı ise %4,8'dir. Bu veriler ve diğer demografik özellikler Tablo 9'da gösterilmektedir.

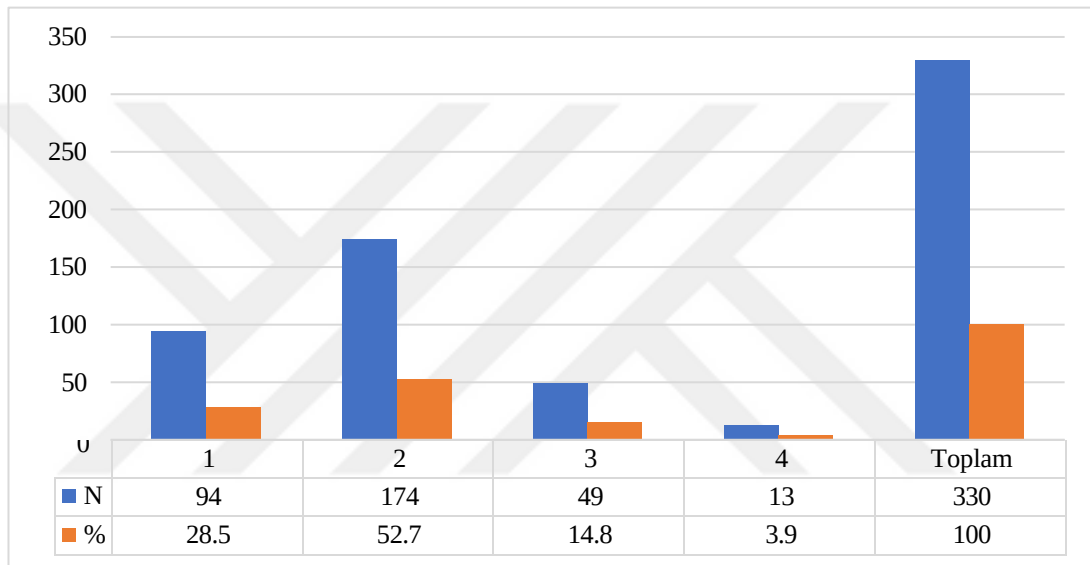
Tablo 9. Demografik verilere ait bulgular

Değişkenler	N=330	%
Eğitim Durumu		
Okuma yazma yok	64	19,4
Okur-yazar	46	13,9
İlköğretim	73	22,1
Ortaöğretim	102	30,9
Üniversite	36	10,9
Lisansüstü	9	2,7
Mesleği		
Ev Hanımı	152	46,1
İşsiz	16	4,8
Kamu Çalışanı	51	15,5
Özel Sektör Çalışanı	36	10,9
Emekli	75	22,7
Kiminle Yaşamakta		
Yalnız	25	7,6
Ailesiyle	305	92,4
Nerede Yaşamakta		
Merkezde	251	76,1
İlçede	32	9,7
Köyde	47	14,2
Gelir Düzeyi		
Düşük	47	14,2

Orta	273	82,7
Yüksek Gelir	10	3

4.2. SAĞLIK ÖZGEÇMİŞİNE VE SOYGEÇMİŞİNE AİT BULGULAR

330 hipertansiyon hastasının farklı bir kronik hastalığının olup olmadığına bakıldığında %28,5’inde bir, %52,7’sinde iki, %14,8’inde üç ve %3,9’unda da dört kronik hastalığın olduğu tespit edildi (Şekil 5).



Şekil 5. Kronik hastalık sayısı

Katılımcıların %47,3’ünün ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunduğu, %52,7’sinin ise böyle bir öyküye sahip olmadığı bulgusuna ulaşıldı. Sigara kullanımı %21,8 oranında iken alkol kullanımı yalnızca %2,1 oranındadır.

Beden kitle indeksine (BKİ) göre bireylerin %15,8’i normal kilolu (BKİ: 18,5–24,9), %43,3’ü hafif şişman (BKİ: 25–29,9), %21,8’i birinci derece obez (BKİ: 30–34,9), %7,6’sı ikinci derece obez (BKİ: 35–39,9) ve %11,5’i ileri derecede obez (BKİ: ≥ 40) grubunda yer almaktadır.

Hastalığın süresine göre dağılımda, %33,9’unun hastalık süresi 1-5 yıl arasında, %31,2’sinin 6-10 yıl arasında, %20,6’sının 11-20 yıl arasında, %9,7’sinin bir yıldan kısa süredir, %4,5’inin ise 20 yıldan fazla süredir hastalıkla yaşadığı tespit edildi.

Özgeçmiş ve soygeçmişe ait bulgular Tablo 10’da gösterilmiştir.

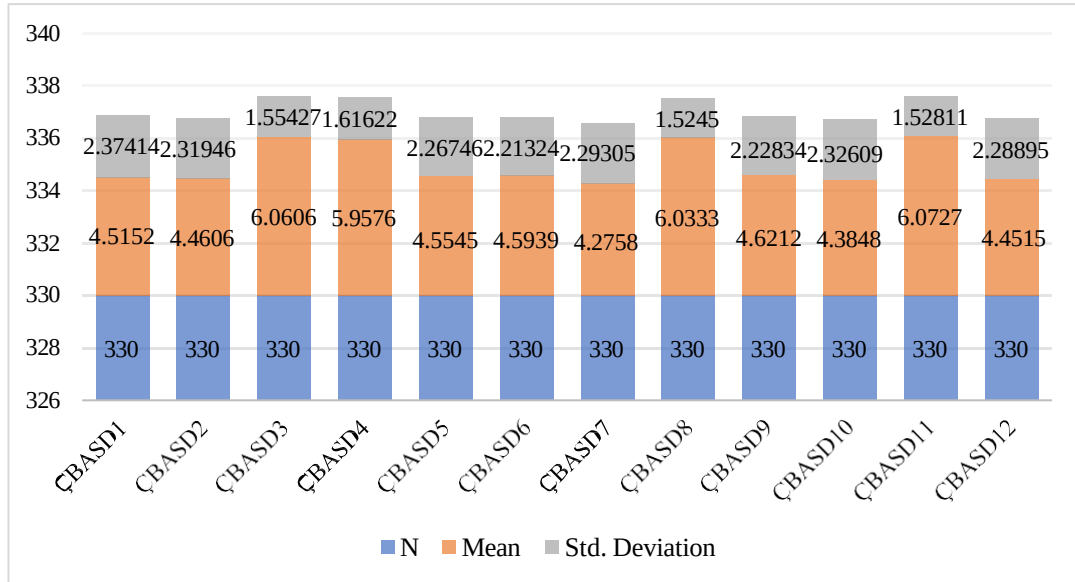
Tablo 10. Özgeçmiş ve soygeçmişe ait bulgular

Değişkenler	N=330	%
Soy geçmiş HT		
Var	156	47,3
Yok	174	52,7
Sigara Kullanımı		
Evet	72	21,8
Hayır	258	78,2
Alkol Kullanımı		
Evet	7	2,1
Hayır	323	97,9
Kilo		
18,5-24,9	52	15,8
25-29,9	143	43,3
30-34,9	72	21,8
35-39,9	25	7,6
40 ve üstü	38	11,5
Hastalık		
1 yıldan az	32	9,7
1-5	112	33,9
6-10	103	31,2
11-20	68	20,6
20 yıldan fazla	15	4,5
Kullandığı Antihipertansif İlaç		
Tekli	162	49,1
İkili	151	45,8
Üçlü	17	5,2
Tansiyon Ölçümünü Genel Olarak Yaptığı Yer		
Evde	158	47,9
Komşuda	22	6,7
ASM	123	37,3
Hastanede	24	7,3

Eczanede	3	0,9
Tansiyon Ölçüm Sıklığı		
Günlük	51	15,5
Haftalık	90	27,3
Aylık	39	11,8
Semptom Olduğunda	123	37,3
Sadece Sağlık Tesislerine Başvurduğumda	18	5,5
Hiç Ölçmüyorum	9	2,7

4.3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNE AİT BULGULAR

Katılımcılar arasında en yüksek algılanan sosyal destek kaynağı aile desteği olurken, özel bir kişiden ve arkadaşlardan alınan destek düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Aile alt boyutu ortalaması ($\bar{X} = 6,03 \pm 1,27$) ile en yüksek düzeyde sosyal destek algısı oluşturmuştur. Arkadaş alt boyutu ($\bar{X} = 4,49 \pm 2,04$) ve özel bir kişiden alınan destek alt boyutu ($\bar{X} = 4,48 \pm 2,10$) ise daha düşük düzeydedir. (Şekil 6).



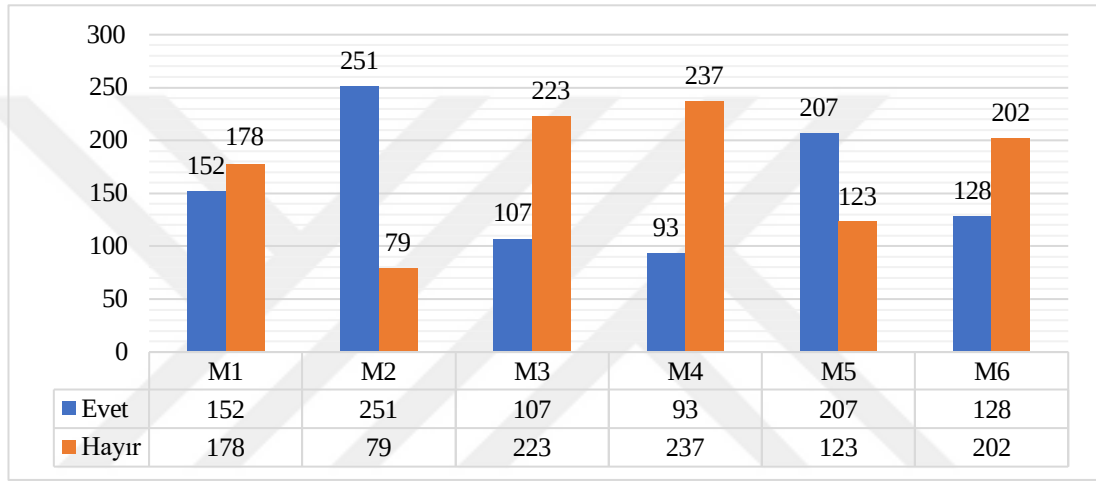
Şekil 6. Çok boyutlu algılanan sosyal destek (ÇBASD) ölçeğine ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Tablo 11. Faktör ortalamalar

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma
Aile	330	6,0311	1,27236
Özel Bir İnsan	330	4,4788	2,10341
Arkadaş	330	4,4856	2,03996

4.4. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİNE AİT BULGULAR

Kişilerin ölçekteki sorulara vermiş olduğu cevaplar Şekil 7’de belirtilmiştir.



Şekil 7. Türkçe modifiye morisky ölçeğine ait bulgular

Katılımcıların Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde, özellikle ilaç unutmama (%46,1) ve son iki hafta içinde ilaç atlama (%76,1) gibi davranışların yaygın olduğu görüldü. Katılımcıların üçte birinden fazlası iyi hissettiklerinde veya tedaviye bağlı rahatsızlık nedeniyle ilacı bıraktıkları tespit edildi.

4.5. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK BOYUTLARI İLE DEMOGRAFİK GÖSTERGELER ARASINDAKİ İLİŞKİ (T-TESTİ VE ANOVA)

Çalışmamızda medeni durum, kiminle yaşamakta, gelir düzeyi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Boyutları arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bulgulara

ulaşıldı ($p < 0,05$). Cinsiyet, yaş eğitim durumu, nerede yaşamakta gibi sosyodemografik veriler ile ilgi analiz yapılmış ama anlamlı verilere ulaşılamadı.

Tablo 12. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile medeni durum göstergeleri arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Aile	Evli	270	6,1389	1,10808	0,001
	Bekar	60	5,5458	1,77105	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	Evli	270	4,5630	2,09025	0,123
	Bekar	60	4,1000	2,13833	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Evli	270	4,6259	1,98668	0,008
	Bekar	60	3,8542	2,17131	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Evli bireylerin aile desteği puanları (Ort=6,14), bekarlara göre (Ort=5,55) anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,001$). Evli bireylerin arkadaş desteği puanları (Ort=4,63), bekarlara göre (Ort=3,85) daha yüksektir Yapılan analiz sonucunda, evli bireylerin aile desteği ve arkadaş desteği algılarının bekar bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0,05$).

Tablo 13. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile meslek göstergeleri arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Aile	Ev Hanımı	152	5,9655	1,35290	0,730
	İşsiz	16	5,9219	0,91159	
	Kamu Çalışanı	51	6,2500	0,96825	
	Özel Sektör Çalışanı	36	6,0556	1,49775	
	Emekli	75	6,0267	1,24701	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	Ev Hanımı	152	4,6201	2,08232	0,006
	İşsiz	16	4,6406	1,79576	

	Kamu Çalışanı	51	4,9951	2,02453	
	Özel Sektör Çalışanı	36	3,3611	2,12590	
	Emekli	75	4,3433	2,09881	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Ev Hanımı	152	4,4507	2,03854	0,105
	İşsiz	16	4,7188	1,78623	
	Kamu Çalışanı	51	5,0686	1,90334	
	Özel Sektör Çalışanı	36	3,8889	2,27128	
	Emekli	75	4,3967	2,01435	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Grup ortalamalarına göre, kamu çalışanları (Ort.=4,99) ve ev hanımları (Ort.=4,62) ile işsiz bireyler (Ort.= 4,64), özel sektör çalışanlarına (Ort.=3,36) kıyasla bu desteği daha yüksek algılanmaktadır (p = 0,006).

Tablo 14. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile kiminle yaşamakta göstergeleri arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Aile	Yalnız	25	4,7600	2,15962	0,00
	Ailesiyle	305	6,1352	1,11359	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	Yalnız	25	3,3100	1,91115	0,004
	Ailesiyle	335	4,5746	2,09243	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Yalnız	25	3,0100	1,72222	0,00
	Ailesiyle	305	4,6066	2,01886	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Yalnız yaşayan bireyler ile ailesiyle birlikte yaşayan bireyler arasında algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır (p < 0,001). Ailesiyle yaşayan bireylerin, yalnız yaşayanlara kıyasla aile, özel bir insan ve arkadaş boyutlarında daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları bulgusuna ulaşıldı.

Tablo 15. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile gelir düzeyi göstergeleri arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Aile	Düşük	47	5,5904	1,63390	0,015
	Orta Gelir	273	6,0852	1,20234	
	Yüksek Gelir	10	6,6250	0,59219	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel_Bir_İnsan	Düşük	47	4,2074	2,01511	0,031
	Orta Gelir	273	4,4652	2,12774	
	Yüksek Gelir	10	6,1250	0,86803	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Düşük	47	3,9362	1,99760	0,012
	Orta Gelir	273	4,5256	2,03243	
	Yüksek Gelir	10	5,9750	1,67270	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Yüksek gelir grubundaki bireylerin sosyal destek puanları, düşük ve orta gelir grubundakilere göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$). Orta gelir grubunu düşük gelir grubundaki bireylerden sosyal destek puanları anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0,05$).

4.6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK BOYUTLARI İLE SAĞLIK GÖSTERGELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmamızda soygeçmişte hipertansiyon varlığı, hastalık yılı, tansiyon ölçümünü yaptığı yer, tansiyon ölçüm sıklığı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Boyutları arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bulgulara ulaşıldı ($p < 0,05$). Kronik hastalık sayısı, alkol kullanımı, kilo, kullandığı antihipertansif ilaç sayısı gibi sağlık göstergeleri ile ilgi analiz yapıldı ama anlamlı verilere ulaşılamadı.

Tablo 16. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile soygeçmiş hipertansiyon varlığı arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Aile	Var	156	6,0978	1,19696	0.368
	Yok	174	5,9713	1,33696	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	Var	156	4,8317	1,89804	0.004
	Yok	174	4,1624	2,23005	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Var	156	4,7051	1,96183	0.64
	Yok	174	4,2888	2,09362	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan bireylerin desteği (Ort=4,83), olmayanlara (Ort=4,16) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi. ($p < 0,01$).

Tablo 17. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile hastalık yılı arasındaki ilişki

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Aile	1 Yıldan Az	32	5,8281	1,39185	0,305
	1-5	112	5,8973	1,28599	
	6-10	103	6,1650	1,26827	
	11-20	68	6,0515	1,27809	
	20 Yıldan Fazla	15	6,4500	0,73921	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	1 Yıldan Az	32	5,5313	1,54600	0,00
	1-5	112	4,6786	1,86704	
	6-10	103	4,1578	2,31946	
	11-20	68	4,4632	2,11527	
	20 Yıldan Fazla	15	3,0167	2,12860	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	1 Yıldan Az	32	5,0781	1,80438	0,024
	1-5	112	4,6763	1,84557	

	6-10	103	4,2403	2,26491	
	11-20	68	4,5478	1,93710	
	20 Yıldan Fazla	15	3,2000	2,21843	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Hastalık süresi 1 yıldan az olan bireylerin desteği özel bir insan desteği (Ort=5,53), 20 yıldan fazla olanlara (Ort=3,02) göre daha yüksektir ($p < 0,001$). Aynı şekilde hastalık süresi 1 yıldan az olan bireylerde (Ort=5,08) arkadaş desteği 20 yıldan fazla olanlara (Ort=3,2) göre daha yüksektir.

Tablo 18. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile tansiyon ölçtüğü yer arasındaki ilişki

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Aile	Evde	158	6,0095	1,24630	0,258
	Komsuda	22	5,8068	1,53517	
	Asm	123	6,1443	1,21340	
	Hastanede	24	5,6771	1,48996	
	Eczanede	3	7,0000	0,00000	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	Evde	158	4,8370	1,94571	0,02
	Komsuda	22	4,5909	2,21271	
	Asm	123	4,1504	2,15742	
	Hastanede	24	4,1354	2,26142	
	Eczanede	3	1,0000	0,00000	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Evde	158	4,8639	1,87902	0,02
	Komsuda	22	4,7955	1,98901	
	Asm	123	4,1179	2,09736	
	Hastanede	24	3,9063	2,33686	
	Eczanede	3	2,0000	0,86603	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Asm: Aile sağlığı merkezi

Evde ölçüm yapan bireylerin, diğer gruplara kıyasla daha yüksek arkadaş desteği algılamaktadır($p=0,02$). Bu bulgular, tansiyonunu evde ölçen bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir.

Tablo 19. Çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutları ile tansiyon ölçüm sıklığı arasındaki ilişki

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Aile	Günlük	51	6,2745	1,08657	0,03
	Haftalık	90	6,1278	1,16675	
	Aylık	39	5,3590	1,85475	
	Semptom Olduğunda	123	6,0894	1,00416	
	Sadece Sağlık Tesislerine Başvurduğumda	18	6,2917	1,28981	
	Hiç Ölçmüyorum	9	5,2778	2,29621	
	Total	330	6,0311	1,27236	
Özel Bir İnsan	Günlük	51	4,5735	2,11441	0,01
	Haftalık	90	5,1306	1,95426	
	Aylık	39	3,5833	1,86936	
	Semptom Olduğunda	123	4,4695	2,02560	
	Sadece Sağlık Tesislerine Başvurduğumda	18	3,5139	2,47706	
	Hiç Ölçmüyorum	9	3,3611	2,65786	
	Total	330	4,4788	2,10341	
Arkadaş	Günlük	51	4,5784	2,00405	0,01
	Haftalık	90	5,2111	1,82558	
	Aylık	39	3,8718	1,86808	
	Semptom Olduğunda	123	4,4146	1,96716	
	Sadece Sağlık Tesislerine Başvurduğumda	18	3,0000	2,42687	
	Hiç Ölçmüyorum	9	3,3056	2,53654	
	Total	330	4,4856	2,03996	

Düzenli tansiyon ölçümü yapan bireylerin sosyal destek puanları, düzensiz ölçüm yapanlara kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,01$).

4.7. SOSYAL DESTEK BOYUTU İLE TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ KORELASYON

Araştırmada, bireylerin aile ilişkileri, kendilerini özel biri olarak algılamaları, arkadaşlık ilişkileri, motivasyon düzeyleri ve bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Elde edilen sonuçlar Tablo 20 'de belirtildi.

Tablo 20. Sosyal destek boyutu ile türkçe modifiye morisky ölçeği arasındaki korelasyon analizi

Korelasyon					
	Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Motivasyon	Bilgi Düzeyi
Aile	1	,171**	,250**	,196**	,075
Özel Bir İnsan	,171**	1	,815**	,046	-,154**
Arkadaş	,250**	,815**	1	,101	-,137*
Motivasyon	,196**	,046	,101	1	,253**
Bilgi Düzeyi	-,081	-,154*	-,137*	,253**	1
İşaret	Anlamı		Anlamlılık Düzeyi		
*	Anlamlı		$p < 0.05$		
**	Daha anlamlı		$p < 0.01$		
***	Çok yüksek anlamlılık		$p < 0.001$		

Aile desteği ile motivasyon arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptandı ($r = ,196$; $p < 0.01$). Aile desteği arttıkça bireylerin tedaviye yönelik motivasyonlarının da arttığı söylenebilir. Aile desteği ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($r = ,075$; $p > 0.05$). Bu, bilgi düzeyinin aile desteğinden bağımsız gelişebileceğini düşündürmektedir. Aile desteği ile özel bir insan desteği arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,171$; $p < 0.01$). Bu durum, aile desteği algısı arttıkça bireyin özel birinden aldığı desteğin de artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Motivasyon ile bilgi düzeyi arasında ise pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ($r = ,253$; $p < 0.01$). Bu durum, bireyin bilgi düzeyi arttıkça tedaviye yönelik motivasyonunun da arttığını göstermektedir. Sosyal destek, bilgi düzeyi ve

motivasyonun birbirleriyle ilişkili olduğunu ve özellikle sosyal destek (aile) ile motivasyonun tedavi sürecinde önemli bir rol oynadığı bulgusuna ulaşıldı.

4.8. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİ DÜZEYİ

Demografik özellikler ile türkçe modifiye morisky ölçeği arasında motivasyon ve bilgi düzeyleri analiz edilmiş olup cinsiyet, yaş, gelir düzeyi ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edildi (p 0,05). Ancak medeni durum, eğitim durumu, meslek kiminle yaşamakta ve nerde yaşamakta gibi demografik özellikler ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edilmedi.

Tablo 21. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile cinsiyet arasındaki ilişki düzeyi

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Motivasyon	Erkek	145	1,6966	0,46134	0,012
	Kadın	185	1,5622	0,49747	
	Total	330	1,6212	0,48582	
Bilgi Düzeyi	Erkek	145	1,7862	0,41140	0,02
	Kadın	185	1,6703	0,47139	
	Total	330	1,7212	0,44908	

Cinsiyet değişkeni, hem motivasyon (p = 0,012) hem de bilgi düzeyi (p = 0,020) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Motivasyon düzeyi erkeklerde (Ort = 1,70) kadınlara (Ort= 1,56) göre daha yüksek bulundu. Benzer şekilde bilgi düzeyi puanı da erkeklerde (Ort = 1,79) kadınlara (Ort = 1,67) göre daha yüksektir. Erkek bireylerin hipertansiyon tedavisine yönelik motivasyonlarının ve bilgi düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Tablo 22. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile yaş arasındaki ilişki düzeyi

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Motivasyon	18-24	6	1,6667	0,51640	0,457
	25-34	16	1,8125	0,40311	
	35-44	31	1,5806	0,50161	
	45-54	138	1,6449	0,48028	
	55-64	66	1,5455	0,50175	

	65 ve üstü	73	1,6164	0,48962	
	Total	330	1,6212	0,48582	
Bilgi düzeyi	18-24	6	2,0000	0,00000	0,021
	25-34	16	1,8125	0,40311	
	35-44	31	1,8065	0,40161	
	45-54	138	1,7464	0,43667	
	55-64	66	1,5606	0,50012	
	65 ve üstü	73	1,7397	0,44182	
	Total	330	1,7212	0,44908	

Yaş değişkeni, motivasyon puanı açısından anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte ($p = 0,457$), bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p = 0,021$). En yüksek bilgi düzeyi puanı 18-24 yaş grubunda (Ort= 2,00) gözlenirken, bunu 35-44 yaş grubu (Ort= 1,80) ve 25-34 yaş grubu (Ort= 1,81) takip etmektedir. 55-64 yaş grubunda bilgi düzeyi ortalaması daha düşük bulundu (Ort= 1,56). Bu bulgular, daha genç bireylerin hipertansiyon hakkında daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 23. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile gelir düzeyi arasındaki ilişki düzeyi

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Motivasyon	Düşük	47	1,4468	0,50254	0,017
	Orta Gelir	273	1,6557	0,47602	
	Yüksek Gelir	10	1,5000	0,52705	
	Total	330	1,6212	0,48582	
Bilgi Düzeyi	Düşük	47	1,6596	0,47898	0,583
	Orta Gelir	273	1,7326	0,44342	
	Yüksek Gelir	10	1,7000	0,48305	
	Total	330	1,7212	0,44908	

Gelir düzeyi değişkeni, motivasyon düzeyi açısından anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p = 0,017$). Orta gelir düzeyine sahip bireylerde motivasyon puanı (Ort=1,66) en yüksek iken, düşük gelir grubundaki bireylerde bu puan daha düşüktür (Ort= 1,45).

Yüksek gelir grubunda ise motivasyon puanı orta gelir grubuna göre daha düşük düzeydedir (Ort= 1,5). Bu bulgu, tedaviye yönelik motivasyonun özellikle orta gelir grubunda daha yüksek olduğunu göstermektedir.

4.9. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ İLE SAĞLIK GÖSTERGELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlık göstergeleri ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği arasında motivasyon ve bilgi düzeyleri analiz edilmiş olup kullandığı antihipertansif ilaç sayısı, tansiyon ölçümünü yaptığı yer, tansiyon ölçüm sıklığı ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edildi ($p=0,05$). Ancak kronik hastalık sayısı, soygeçmişte hipertansiyon varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kilo, hastalık yılı gibi sağlık göstergeleri ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edilemedi.

Tablo 24. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile kullandığı antihipertansif ilaç sayısı arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Motivasyon	Tekli	162	1,5741	0,49602	0,047
	İkili	151	1,6887	0,46455	
	Üçlü	17	1,4706	0,51450	
	Total	330	1,6212	0,48582	
Bilgi Düzeyi	Tekli	162	1,7346	0,44293	0,730
	İkili	151	1,7152	0,45281	
	Üçlü	17	1,6471	0,49259	
	Total	330	1,7212	0,44908	

Katılımcıların kullandıkları antihipertansif ilaç sayısına göre motivasyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p = 0,047$). Motivasyon ortalama puanı, ikili ilaç kullanan bireylerde (Ort= 1,6887) en yüksek düzeydeyken, üçlü ilaç kullanan bireylerde en düşük düzeydedir (Ort= 1,4706). Bu bulgu, ikili tedavi uygulanan bireylerin tedaviye uyum konusundaki motivasyonlarının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 25. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile kullandığı tansiyon ölçtüğü yer arasındaki ilişki

Değişken		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Motivasyon	Evde	158	1,6266	0,48525	0,035
	Komşuda	22	1,3182	0,47673	
	ASM	123	1,6748	0,47037	
	Hastanede	24	1,5833	0,50361	
	Eczanede	3	1,6667	0,57735	
	Total	330	1,6212	0,48582	
Bilgi Düzeyi	Evde	158	1,6835	0,46657	0,35
	Komşuda	22	1,6818	0,47673	
	ASM	123	1,7886	0,40996	
	Hastanede	24	1,6667	0,48154	
	Eczanede	3	1,6667	0,57735	
	Total	330	1,7212	0,44908	

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Tansiyonun ölçüldüğü yere göre motivasyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p = 0,035$). En yüksek motivasyon düzeyi, aile sağlığı merkezinde (ASM) tansiyon ölçen bireylerde (Ort= 1,67) görülürken, en düşük motivasyon düzeyi komşuda tansiyon ölçen bireylerde (Ort= 1,32) gözlemlendi.

Tablo 26. Türkçe modifiye morisky ölçeği ile kullandığı tansiyon ölçüm sıklığı arasındaki ilişki

Değişkenler		N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri
Motivasyon	Günlük	51	1,5882	0,49705	0,002
	Haftalık	90	1,5222	0,50230	
	Aylık	39	1,5128	0,50637	
	Semptom Olduğunda	123	1,7561	0,43119	
	Sadece Sağlık Tesislerine Başvurduğumda	18	1,6667	0,48507	
	Hiç Ölçmüyorum	9	1,3333	0,50000	

	Total	330	1,6212	0,48582	
Bilgi Düzeyi	Günlük	51	1,6078	0,49309	0,015
	Haftalık	90	1,6778	0,46995	
	Aylık	39	1,6410	0,48597	
	Semptom Olduğunda	123	1,8293	0,37781	
	Sadece Sağlık Tesislerine Başvurduğumda	18	1,7778	0,42779	
	Hiç Ölçmüyorum	9	1,5556	0,52705	
	Total	330	1,7212	0,44908	

Katılımcıların, hem motivasyon ($p = 0,002$) hem de bilgi düzeyi ($p = 0,015$) değerlendirildiğinde anlamlı sonuçlar çıktı. En yüksek motivasyon puanı ve bilgi düzeyi "semptom olduğunda" tansiyon ölçen bireyler (Ort = 1,76) olduğu tespit edildi. En düşük motivasyon düzeyi ve bilgi düzeyi ise tansiyonunu hiç ölçmeyenlerde (Ort = 1,33) tespit edildi.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon tanısı ile izlenen bireylerde tedaviye uyum ve algılanan sosyal desteğin hastalık yönetimi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen veriler, mevcut literatür ışığında yorumlanarak önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Bulgular, hipertansiyon gibi kronik bir hastalığın yönetiminde yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda psikososyal etmenlerin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin (ÇBASD) yüksek güvenilirlik katsayısına sahip olduğu saptanmış olup (Cronbach's Alpha = 0,910) bu sonuç, ölçeğin bizim toplumumuzda geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızda evli bireylerin bekar bireylere kıyasla daha yüksek aile ve arkadaş desteği puanı alması, evliliğin bireylerin yaşamındaki sosyal ağları güçlendirdiğini göstermektedir. Cohen ve Wills; evlilik gibi yakın sosyal ilişkilerin, stresle başa çıkma becerisini artırdığını ve psikolojik dayanıklılığı güçlendirdiğini öne sürmektedir (101). Özellikle aile içi dayanışmanın yüksek olduğu kültürlerde, evlilik ve aile yapısının bireyin sosyal destek algısını arttırması kaçınılmazdır. House, Umberson ve Landis'in sosyal entegrasyon kuramı bireyin aile içindeki sosyal bağlarının sağlığı üzerindeki etkilerine dikkat çekmektedir (102). Toplulukçuluğun baskın olduğu ve aile bağlarının güçlü olduğu kültürlerde, evlilik kurumu bireyin sosyal destek algısını önemli ölçüde etkileyebilir. Aile içi dayanışma; bireyin yalnız hissetmesini engelleyen, stresli yaşam olayları karşısında baş etme gücünü artıran ve sosyal bağlılık duygusunu pekiştiren temel bir destek mekanizmasıdır. Bu tür kültürel yapılarda, evli bireyler yalnızca eşlerinden değil; aynı zamanda eşin ailesinden ve daha geniş sosyal çevreden de destek alabilmektedirler. Bu durum, sosyal destek kaynaklarının sayısını ve çeşitliliğini artırarak bireyin genel yaşam doyumuna olumlu katkı sağlamaktadır (103). Çalışmamızda evli bireylerin bekar bireylere kıyasla daha yüksek aile ve arkadaş desteği puanı alması, evliliğin bireylerin yaşamındaki sosyal ağları güçlendiren önemli bir sosyal kurum olduğunu ortaya koymaktadır. Evlilik; bireylerin duygusal, fiziksel ve ekonomik destek sistemlerinin merkezinde yer alan yeni bir aile biriminin kurulmasına olanak tanımaktadır. Bu birliktelik, karşılıklı sorumluluk ve dayanışma duygusunu arttırarak bireylerin ihtiyaç duyduklarında destek alabilecekleri birincil bir

kaynak oluşturmaktadır. Ayrıca evlilikle birlikte hem bireysel hem de sosyal çevrenin genişlemesi; bireyin destek ağına yeni kanallar eklemekte, algılanan sosyal desteği genişletmekte ve güçlendirmektedir. Buna karşın bekar bireyler, özellikle yalnız yaşayanlar, sosyal destek açısından daha sınırlı kaynaklara sahip olabileceğinden destek ihtiyaçlarını daha çok arkadaş çevresi veya iş arkadaşı gibi profesyonel kaynaklar üzerinden karşılamaya çalışmaktadır. Bu bulgu, aile yapısının ve evlilik kurumunun bireyin sosyal destek algısı üzerindeki belirleyici etkisini vurgulamakta ve sosyal destek müdahalelerinde medeni durumun dikkate alınmasının önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda ailesiyle yaşayan bireylerin sosyal destek puanlarını, yalnız yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların yönetimi ve bireylerin tedaviye uyumu, hastanın kendisi kadar ailesini de yakından ilgilendiren bir konudur. Kronik hastalıkların yönetimi bireyin; hastalık semptomlarıyla, karşılaştığı fiziksel, psikolojik, sosyal değişikliklerle ve yetersizliklerle yaşamayı öğrenmesini gerektirmektedir. Ancak bu durum, hastanın tek başına başa çıkmada zorluk yaşadığı bir durumdur. Hasta ailesinin tedaviye uyum konusundaki destekleri ve günlük yaşam düzenlemeleri önem taşımaktadır. Aile üyeleri; tıbbi tedavi, egzersiz ve diyet gibi uygulamalarda hatırlatıcı, teşvik edici roller üstlenerek tedaviye uyum konusunda destek sağlamaktadır (104,105). Aile ortamı, bireyler için temel bir sosyal destek kaynağı oluşturarak psikolojik dayanıklılığı arttırmakta ve sosyal izolasyonu azaltmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde, aileyle birlikte yaşamak yalnızlık hissini azaltmakta ve yaşam doyumunu arttırmaktadır (106). Bu bulgu; sosyal destek algısının özellikle aile bireyleriyle birlikte yaşamının sağladığı günlük etkileşim, duygusal paylaşım ve yardım olanakları sayesinde daha yüksek olabileceğini göstermektedir.

Gelir düzeyi ile sosyal destek algısı arasında pozitif bir korelasyon bulunması, sosyal ilişkilerin ekonomik kaynaklara dayalı olarak daha sürdürülebilir hale geldiğini düşündürmektedir. Berkman ve Glass, gelir düzeyinin sosyal ilişki yoğunluğu ve kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu, ekonomik istikrarın bireylerin sosyal ağlarını daha etkin kullanmalarına imkân sağladığını ifade etmektedir (107). Kawachi ve Berkman, gelir düzeyinin bireylerin sosyal katılım düzeyi ve aidiyet hisleri üzerinde etkili olduğunu, gelirdeki artışın sosyal izolasyonu azalttığını

belirtmektedir (108). Ayrıca düşük gelir durumunun kronik hastalık yönetimini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (109). Yüksek gelir düzeyine sahip bireyler, hem sosyal çevrelerini daha geniş tutma hem de sosyal etkileşimlere katılma konusunda daha fazla imkana sahip olabilmektedir. Ekonomik güvence, bireyin stres düzeyini azaltmakta ve sosyal ilişkilerini daha sağlıklı biçimde sürdürebilmesine olanak tanımaktadır. Öte yandan, düşük gelirli bireyler ekonomik kaygılar nedeniyle sosyal ilişkilerini sınırlayabilmekte veya destek arayışında bulunmaktan kaçınabilmektedir. Ayrıca, kamu çalışanları ve ev hanımlarının özel sektör çalışanlarına kıyasla daha yüksek sosyal destek algılamaları; çalışma koşullarının ve sosyal rollerin, bireylerin destek sistemleri üzerindeki etkisini göstermektedir. Karasek ve Theorell'in geliştirdiği "İş Talepleri-Kontrol Modeli", yoğun iş taleplerine maruz kalan bireylerin sosyal destekten daha az faydalanabileceğini ileri sürmektedir (110). Ev hanımları, aile ve komşuluk ilişkileri gibi geleneksel sosyal ağlara daha yakın bir konumda bulunmakta; bu durum, sosyal destek algısını olumlu etkileyebilmektedir (111). Benzer şekilde kamu çalışanları da kurumsal güvencelere sahip olmaları, iş yerindeki sosyal ilişkilerin daha kalıcı olması ve iş-yaşam dengesi açısından daha avantajlı olmaları nedeniyle sosyal destek kaynaklarına daha kolay ulaşabilmektedir (112). Bizce de bireylerin çalışma koşulları ve üstlendikleri sosyal roller, algıladıkları destek düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabilmektedir. Kamu çalışanlarının daha düzenli ve güvenceli çalışma ortamlarına sahip olmaları, iş-yaşam dengelerini daha kolay kurabilmeleri ve sosyal ilişkilerini sürdürebilmeleri açısından avantaj sağlamaktadır. Benzer şekilde; ev hanımlarının aile içi rollerinin daha belirgin olması, özellikle akraba ve komşuluk ilişkilerine dayalı geleneksel destek ağlarına daha fazla entegre olmaları, sosyal destek algılarını artırmaktadır. Buna karşın; özel sektör çalışanları çoğunlukla daha yoğun, esnek olmayan ve stresli çalışma koşullarına maruz kalmakta; bu da onların sosyal etkileşimlerini sınırlayarak algılanan sosyal desteğin düşmesine neden olabilmektedir.

Çalışmamızda ailesinde hipertansiyon öyküsü olan bireylerin sosyal destek puanlarının, anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık deneyimlerinin paylaşıyor olmasının hastalıkla baş etme sürecinde sosyal destek algısını olumlu yönde etkileyebilmektedir (113). Aile, bireyin ilk sosyal desteğinin başlatıldığı en etkin kurumdur (114). Kişi karşısındaki ile empati kurabilmesi için karşısındaki kişinin

hangi duygu durumu içerisinde olduğunu bilişsel olarak ayırt edebilmesi gerekmektedir (88). Bu bulgu, ailede hipertansiyon gibi kronik bir hastalığın varlığı, hem hastalığa yönelik bilgi paylaşımını hem de duygusal ve pratik desteğin artmasını sağlamaktadır. Aynı sağlık riskiyle karşı karşıya olma durumunun, aile üyeleri arasında empati ile daha sıkı bir iletişim kurulmasına ve karşılıklı destek mekanizmalarının gelişmesine katkı sağladığı düşünülebilir. Ayrıca bu bireyler, hastalığın yönetimi konusunda daha tecrübeli olduklarından destek alma ve verme süreçlerine daha aktif katılım sağlayabilirler. Bu bulgu; yalnızca bireysel değil, aynı zamanda aile düzeyinde oluşan bir destek kültürünün varlığına işaret etmektedir.

Çalışmamızda hastalık süresi 1 yıldan az olan bireylerde sosyal destek (özel bir insan) skorunu, 20 yıldan fazla olanlara göre anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle kronik bir hastalığın tanısını yeni almış bireylerde, çevreden gelen duygusal ve bilgilendirici destek artmakta, çevresi tarafından sağlanan desteğin artmasına neden olmaktadır (113). Kasım 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir toplum sağlığı merkezinde en az bir kronik hastalığı olan 203 hasta üzerinde yürütülen bir çalışmada; kronik hastalık süresinin, algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluşluk ile negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir (115). İran'da Arabshahi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastalığın süresi ile alınan sosyal destek ve kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir (116). Tespit ettiğimiz bulgu, hipertansiyon gibi kronik bir hastalığın erken dönemlerinde bireylerin çevresinden daha fazla ilgi ve destek gördüklerini göstermektedir. Tanı konulmasının ardından bireyin yaşadığı duygusal stres, belirsizlik ve bilgi ihtiyacı, yakın çevre desteğinin artmasını sağlamaktadır. Ancak hastalık süresi uzadıkça bu destek zamanla azalmakta, çevredeki kişilerin desteği rutine dönüşmekte veya giderek pasifleşebilmektedir. Ayrıca bireyin hastalığa alışması ve çevresinin bu durumu olağanlaştırması da sosyal desteğin algılanan düzeyini düşürebilmektedir. Uzun yıllar hipertansiyonla yaşayan bireylerin, destek kaynaklarının zamanla azaldığı ya da daha az etkili hale geldiği düşünülebilir. Bu bulgu; sosyal desteğin sadece başlangıç döneminde değil, hastalığın tüm seyri boyunca sürdürülebilir olması gerektiğine işaret etmektedir.

Düzenli tansiyon ölçümü yapan bireylerin sosyal destek puanlarının, düzensiz ölçüm yapanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu çalışmamızda tespit

edilmiştir. Düzenli tansiyon ölçümü yapan bireylerin daha yüksek sosyal destek puanlarına sahip olmaları, sosyal desteğin bireyin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğini gösterebilmektedir. Sosyal destek; yalnızca duygusal anlamda değil, aynı zamanda bireyin sağlık kontrollerini sürdürmesi, ilaç uyumu sağlaması ve hastalığını yönetme konusunda motivasyon kazanmasında da etkili olmaktadır (9). Hipertansiyonlu hastalarda tıbbi takipte kan basıncı kontrol düzeyini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; yaş, yan etki deneyimi, kan basıncı ölçüm sıklığı, kullanılan antihipertansif ilaç sayısı, antihipertansif ilaç kullanım süresi, ilaç kaynağının ve fiziksel egzersizin kan basıncı kontrolü ile anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir (117). Düzenli ölçüm yapan bireylerin, bu davranışları sürdürmelerine yardımcı olacak çevresel teşviklere (örneğin aile üyelerinin hatırlatmaları, birlikte ölçüm yapma alışkanlıkları vb.) daha fazla sahip oldukları düşünülebilir. Ayrıca düzenli tansiyon ölçümüne bağlı oluşabilecek tansiyon kontrolü, bireyin günlük sosyal aktivitesindeki kısıtlamayı engellemeye yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Cinsiyet farklılıkları açısından erkek bireylerin tedavi uyumu ve bilgi düzeylerinin daha yüksek çıkması, literatürdeki bazı bulgularla örtüşmektedir (118,119). Bu durumun kültürel roller, sağlık hizmetlerine erişim ve bilgiye ulaşım konusundaki farklılıklarla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bazı toplumlarda kadınların sağlık sorunlarına daha duyarlı olduğu ve tedavi süreçlerine daha fazla uyum sağladığı da belirtilmiştir (120,121). Çalışmamız toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık davranışları ve bilgi edinme süreçleri üzerindeki etkisine işaret etmektedir. Erkek bireylerin sağlık hizmetlerine erişim, hekimle doğrudan iletişim kurma ve sağlıkla ilgili kararları bireysel olarak alma konusunda daha aktif oldukları; bu durumun tedaviye uyumlarını ve bilgi düzeylerini artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bazı erkek bireylerin iş yaşamındaki düzenli sağlık taramaları ve kurumsal destekler yoluyla hipertansiyon hakkında daha fazla bilgi edinme fırsatı bulmaları da bu farkı açıklayabilir. Bununla birlikte, bu sonuç kadın bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları olası engellerin (örneğin bakım yükü, kısıtlı zaman veya sağlık hizmetine erişim güçlükleri) değerlendirilmesi ve bu gruba yönelik destekleyici stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca cinsiyetle ilişkili sağlık davranışlarının da kültürel bağlamda değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda orta gelir grubundaki bireylerin tedavi uyum puanlarının, düşük gelir grubundakilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ekonomik istikrarın tedaviye uyumu kolaylaştırdığını düşündüren çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin ilaç maliyetleri nedeniyle tedaviye uyumsuzluk yaşamasının yaygın ve ciddi bir sorun olduğu bazı çalışmalarda tespit edilmiştir (122,123). Literatürlerde genellikle tedavi uyumu ve gelir seviyesi arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiş ancak çalışmamızda orta gelir grubunun ilaç uyumu yüksek gelir grubu bireylerden yüksek çıkmıştır. Orta gelir grubundaki bireylerin yaşam koşullarının daha dengeli olması, sağlıkla ilgili sorumluluklarını yerine getirme konusunda kendilerini daha yetkin ve kontrollü hissetmelerini sağlayabilir. Ayrıca bu bireyler; sağlık hizmetlerine erişim, ilaç temini ve düzenli takip açısından düşük gelir grubundaki bireylerden daha elverişli koşullara sahip olabilmektedir. Bu durum hem maddi engellerin azalması hem de sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığının artmasıyla tedavi uyumunu olumlu yönde etkileyebilir. Düşük gelir grubundaki bireyler ise ilaçlarını temin etmede, sağlık kuruluşlarına ulaşmada veya düzenli kontrol yaptırmada çeşitli güçlüklerle karşılaşabilmekte; bu da tedavi sürecinin aksamasına yol açabilmektedir. Ayrıca gelir düzeyi, bireyin sağlıkla ilgili farkındalık ve önceliklendirme davranışlarını da etkileyebilir. Yüksek gelir grubundaki bireyler; sağlık hizmetlerine daha kolay erişim ve alternatif tedavi yöntemlerinden yararlanma gibi avantajlara sahip olsalar da ekonomik sorumluluklarının ve yaşam temposunun getirdiği farklı öncelikler nedeniyle tedaviye yönelik içsel motivasyonlarının daha düşük olabileceği düşünülebilir. Ancak, bu bulgunun altında yatan nedenlerin daha iyi anlaşılabilmesi için ilerleyen çalışmalarda konuya ilişkin daha ayrıntılı ve derinlemesine analizlerin yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda; genç bireylerin bilgi düzeylerinin yüksek olması, eğitim düzeylerinin ve dijital kaynaklara erişimlerinin artmasıyla ilişkilendirilebilir. Tanrıöver, Yıldırım ve arkadaşları en yüksek sağlık okuryazarlık düzeylerinin en genç yaş gruplarında kümelendiğini, yaşla beraber doğrusal olarak sağlık okuryazarlığının azaldığını göstermiştir (124). Genç bireyler, dijital kaynakları etkin biçimde kullanabilmeleri sayesinde, sağlıkla ilgili bilgilere daha hızlı ve kolay ulaşabilmektedir. Özellikle internet, sosyal medya ve mobil sağlık uygulamaları gibi

teknolojik araçlar, bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmakta ve bilgi düzeylerini yükseltmektedir (125). Sağlık Bakanlığı 2024 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörler Araştırmasında, gençlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin ileri yaşlara kıyaslandığında, daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe düzeyin düştüğü, tespit edilmiştir (126). Günümüzde gençlerin eğitim düzeyinin artması ve dijital teknolojilere erişimlerinin yaygınlaşmasıyla; gençler internet, mobil uygulamalar ve sosyal medya gibi dijital platformları daha aktif kullanmakta ve sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabilmektedir. Ayrıca genç kuşağın bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme ve kullanma becerilerinin daha gelişmiş olması; sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilemektedir. Bu etkenler, hipertansiyon gibi kronik hastalıklara ilişkin farkındalık düzeyinin, genç bireylerde daha yüksek olmasına katkı sağlamaktadır. Akılcı ilaç kullanımında önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumu; yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılmasıdır. Bu faktörler yerine getirilmediğinde tedaviye yönelik diğer çabaların verimliliği de önemli oranda düşmektedir. Yapıcı ve arkadaşları genç yaşta, öğrenci ve bekar olanların, eğitim düzeyi yüksek olanların, tedaviye uyum konusunda olumsuz davranış sergilediğini belirtmiştir (126). Bu bağlamda genç bireylerin, dijital platformları daha aktif kullanmaları ve sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabilmelerinin getirdiği özgüvenin; hekimin önerdiği ilacı kullanma sıklığında ve ilaç dozlarında oynamalara sebebiyet vereceğini, bunun sonucunda tedavi uyumsuzluklarının oluşabileceğini de düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireyin kullandığı ilaç miktarı artıkça tedaviye uyumun azaldığı tespit edilmiştir. Çoklu ilaç kullanımı, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde tedaviye yönelik motivasyonu azaltmakta; unutkanlık, yan etkilerden kaçınma ya da doz karışıklığı gibi sorunlara yol açabilmektedir (127). Ayrıca, birden fazla ilacın eş zamanlı kullanımı bireyde bilişsel yük yaratmakta ve özellikle yaşlı bireylerde tedavi rejimini sürdürme becerisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (128). Çoklu ilaç kullanımı uygulamalarının; bireylerde tedaviye ilişkin algıyı zorlaştırdığı, ilaç kullanımına yönelik direnç geliştirmeye ve tedaviye yönelik duygusal yüklenmeye neden olabildiği bildirilmektedir (3). Çalışmamızda ikili ilaç kullanımının üçlü ilaç kullanımına kıyasla motivasyonun daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlaç sayısının

artmasının bireylerin tedaviye uyumunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Birden fazla ilacın günlük kullanımının getirdiği karmaşıklık - doz takibindeki zorluk, ilaç kullanım saatlerinin unutulması veya yan etki korkusu gibi etmenler- bireylerin tedaviye bağlılıklarını azaltabilmektedir. Ayrıca çoklu ilaç kullanımı, özellikle yaşlı bireylerde bilişsel yükü arttırmakta ve tedavi sürecini yönetmeyi güçleştirmektedir. İkili ilaç kullanan bireylerde motivasyon düzeyinin tekli ilaç kullananlara kıyasla daha yüksek bulunması; yetersiz kalan monoterapiye ek olarak ikinci bir ilacın başlanmasıyla bireyin hastalığının ciddiyetini daha net kavramasına bağlanabilir. Bu durum, bireyin tedaviye yönelik farkındalığını artırarak ilaç kullanımına ilişkin motivasyonunu da yükseltebilmektedir. Sonuç olarak; tedavi planları oluşturulurken ilaç sayısının mümkün olduğunca azaltılması, basit ve anlaşılır bir tedavi rejiminin tercih edilmesi, tedavi uyumunu artırmada önemli bir strateji olabileceğini düşünülmektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının tansiyon ölçüm yeri ve sıklığına göre motivasyon ve bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Özellikle; tansiyonunu Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ölçtüren bireylerin, komşuda tansiyon ölçme gibi resmi olmayan ölçümlere sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek tedavi motivasyon puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, bireylerin profesyonel bir sağlık ortamında hizmet almasının tedavi sürecine yönelik motivasyonlarını olumlu etkilediğini göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, bireylerin sağlık hizmetlerine güven düzeyinin yüksek olduğu iyi bir hasta-hekim ilişkisinin tedaviye uyum üzerinde pozitif etkisi olduğu bildirilmektedir (129,130). Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörleri Araştırmasında (Aralık 2024) sağlıkla ilgili konularda en önemli bilgi kaynağı aile hekimleri olduğu (%69,1) tespit edilmiştir (126). Aile hekimliği hizmetinin bireyselleştirilmiş, sürekli ve ulaşılabilir olması, hekimlerin hastalarıyla daha uzun süreli ve düzenli takip ilişkisi kurması; hastaların hekime olan güvenini, sağlık okuryazarlığını ve tedaviye olan bağlılıklarını artırabilmektedir. Tansiyonun ölçüldüğü sağlık merkezine göre bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa da, ASM’ni tercih eden bireylerin bilgi düzeyinin görece daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum; sağlık personelinin bireylere verdiği kısa süreli

danışmanlıkların veya farkındalık artırıcı mesajların, bireylerin hipertansiyon hakkında bilgi kazanımına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda; sadece semptom hissettiklerinde tansiyonunu ölçen bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi puanlarının, tansiyonunu hiç ölçmeyen bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Semptomların varlığı, bireylerde akut tehdit algısı yaratarak motivasyonu artırabilir; bu tehdit algısı bireylerde sağlık davranışlarını tetikleyebilir. Bu bulgu, Bandura'nın öz-yeterlilik kuramıyla da uyumludur. Bu kurama göre bireyler, risk algısı arttığında harekete geçme konusunda daha motive olmaktadır (131). Ancak hipertansiyon genellikle asemptomatik bir hastalık olduğundan (132), sadece semptomlara bağlı ölçüm davranışı yetersiz kalmaktadır. Tucker ve arkadaşları, semptom odaklı tansiyon ölçümünün sürdürülebilir olmadığını, bu nedenle düzenli ölçüm yapılmasının önem taşıdığını vurgulamıştır ve sadece belirti hissedildiğinde yapılan ölçümler, hipertansiyonun uzun vadeli kontrolü için yeterli olmadığı, tespit edilmiştir (133). Bizce bu sonuç, semptom hissedildiğinde bireyin farkındalığının artması ve kendi sağlığına dair kaygısının yükselmesi ile açıklanabilir. Ancak, bu durum düzenli tansiyon takibinin ihmal edildiği anlamına da gelmekte olup bu bireylerin sağlıklarını yalnızca semptomlar yoluyla izledikleri riskli bir yaklaşımı işaret etmektedir. Öte yandan, tansiyonunu hiç ölçmeyen bireylerin hem tedavi uyumu hem de bilgi düzeyinin düşük olması; bu bireylerin sağlık yönetiminde pasif kaldığını, eğitim ihtiyacının yüksek olduğunu veya bu durumun tansiyon ölçüm cihazına ulaşılamamasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu ile ilgili daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda tansiyonunu evde ölçen bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Pais ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği gözlemsel bir çalışmada, evde sağlık izleme teknolojilerinin, yaşlı bireylerin bağımsızlığını artırdığı, böylece aile stresini azaltmaya yardımcı olabileceği ve aile üyeleri ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi güçlendirdiği rapor edilmiştir (134). Ayrıca evde kan basıncı takibi gibi teknolojiler kullanıldığında tüm kan basınçlarında, sistolik, diyastolik veya ortalama, küçük ama önemli bir iyileşme olduğu Agarwal ve arkadaşları tarafında tespit edilmiş (135). Stergiou ve arkadaşları benzer şekilde evde kan basıncı ölçümünün antihipertansif ilaç tedavisine uzun vadede uyumu iyileştirdiği

ve böylece hipertansiyon kontrol oranlarını iyileştirdiğini belirtmiştir (136). Bizce evde tansiyon ölçümünün sosyal desteğe etkisi, bireyin sağlık davranışlarının daha görünür ve paylaşılabılır hâle getirmesi nedeniyle anlamlıdır. Evde tansiyon ölçümü yapan bireyler, bu süreci genellikle yakın çevreleriyle sıklıkla paylaşır. Bu durum, bireyin çevresinden daha fazla duygusal ya da pratik destek almasını sağlayabilir ve bireyin sosyal destek algısını artırır. Ayrıca, hastalar evde tansiyon takibi yaparak sağlık risklerini önceden fark edebilir. Gerekli önlemlerin alınması, bireyin sosyal aktivitelerle katılımını engelleyebilecek olumsuzlukların önüne geçilmesine yardımcı olunabileceği kanaatindeyiz.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, sosyal destek (özellikle aile desteği) ile tedavi uyumu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, bireylerin çevrelerinden özellikle aileden algıladıkları sosyal desteğin, tedaviye uyumlarını artıran bir motivasyon unsuru olabileceğini göstermektedir. Aile, bireyin ilk sosyal desteğinin başlatıldığı ve sürdürüldüğü kurumdur (114). Aileden algılanan sosyal desteğin, depresyon ve kaygı için güçlü koruyucu faktörler olduğu tespit edilmiştir (137). Turan ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir çalışmada hipertansiyonu olan hastaların sosyal desteği arttıkça ilaç tedavisine uyumun da pozitif yönde arttığı saptanmıştır (138). Başka Literatürde, sosyal desteğin tedaviye uyum üzerindeki olumlu etkisi çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır. Örneğin; Elpe ve Bahçecik hemodiyaliz hastalarında yapılan bir araştırmada, algılanan sosyal destek ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, sosyal destek düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladıkları belirtilmiştir (139). Koç ve Günaydın tarafından yapılan bir çalışmada, psikiyatrik tedavi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile tedaviye uyum arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (140). Benzer şekilde, Magrin ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, fonksiyonel sosyal destek ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (141). Sosyal desteğin bireylerin hastalıkla başa çıkma süreçlerinde daha istekli ve sorumlu davranmalarına katkı sağladığı, bunun da motivasyon düzeylerini olumlu etkilediği söylenebilir. Sosyal destek (özellikle kronik hastalıklarda), bireyin psikolojik dayanıklılığını artırarak hastalıkla başa çıkma süreçlerinde daha istekli ve sorumlu davranabilmelerini sağlamakta; bu da motivasyon düzeylerine olumlu yansımaktadır. Bu bağlamda; sosyal destek yapılarının

güçlendirilmesi, bireyin tedavi sürecinde karşılaştığı engelleri aşmasında önemli bir kolaylaştırıcı rol üstlenmektedir.

Tedaviye uyumu iyileştirmek için, sadece hastalığı veya tedaviyi değil; hastanın bireysel özelliklerini, inançlarını, yaşam koşullarını ve sosyal çevresini de dikkate alan bütüncül ve kişiselleştirilmiş yaklaşımlar gerekmektedir (142). Kan basıncı kontrolünün sağlanmasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumudur (143). Hipertansiyon gibi semptom göstermeden ilerleyebilen kronik hastalıklarda; hastaların ilaca başlama ve ilacı düzenli kullanma davranışları, çoğu zaman tedavinin gerekliliğine olan motivasyon ve bilgi düzeyi ile bağlantılıdır. Bu bağlamda; hasta eğitimi, hasta-hekim iletişimi, sosyal destek kaynaklarının etkinliği önem kazanmıştır. Gelecekteki çalışma programlarında; sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesine, hasta merkezli iletişim modellerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu kanatındeyiz.

6. SONUÇ

Bu araştırma; birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon tanısı ile izlenen bireylerde tedaviye uyum ve algılanan sosyal destek düzeylerini değerlendirmek, bu iki önemli unsurun sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerle olan ilişkisini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular; hipertansiyonun yalnızca biyolojik bir hastalık olmanın ötesinde bireyin sosyal çevresi, yaşam koşulları ve psikososyal kaynakları ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırmada, bireylerin sosyal destek algısı aile alt boyutu ile tedaviye uyumları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, sosyal desteğin yalnızca psikolojik dayanıklılığı artırmakla kalmayıp bireyin sağlık sorumluluğunu üstlenmesini ve tedavi sürecine aktif katılımını da desteklediğini göstermektedir. Özellikle hastalığın erken döneminde çevresel desteğin yoğunluğu, bireylerin motivasyon düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetiminde sadece tıbbi tedavi değil; bireyin sosyal çevresi, yaşam koşulları ve psikososyal kaynakları da dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda sağlık profesyonellerinin bireylerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmetleri sunması, tedaviye uyumun artırılmasında etkili bir strateji olabilir. Bu çalışma, sosyal destek ile tedaviye uyum arasındaki ilişkinin anlaşılması bakımından literatüre katkı sağlamaktadır ve çalışmanın gelecekte yapılacak müdahale temelli çalışmalara zemin oluşturabilecek nitelikte olduğunu düşünmekteyiz.

7. ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumu artırmak ve hastaların sosyal destek düzeylerini yükseltmek amacıyla aşağıdaki öneriler sunulmaktadır.

Hipertansiyon tanısı alan bireylerin tedavi sürecine aktif katılımlarını sağlamak için, sosyal destek düzeyleri ve motivasyon kaynakları göz önünde bulundurularak kişiye özel danışmanlık programları planlanabilir.

Aile üyeleri, özellikle hastalığın erken dönemlerinde bireyin tedaviye uyumunu artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, hasta yakınlarını sürece dâhil eden eğitim ve destek programları yaygınlaştırılabilir.

Aile sağlığı merkezlerinde bireylerin sosyal destek düzeylerini değerlendirecek kısa tarama ölçekleri rutin uygulamaya dâhil edilmeli, destek düzeyi düşük bireyler için sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirme yapılabilir.

Özellikle düşük gelir grubundaki ve bilgi düzeyi düşük bireyler için; tedaviye uyum ve motivasyonu artırmaya yönelik grup eğitimleri, birebir rehberlik hizmetleri ve dijital sağlık okuryazarlığı uygulamaları hayata geçirilebilir.

Belediyeler, sivil toplum kuruluşları ve gönüllü gruplar aracılığıyla kronik hastalığı olan bireylerin sosyal izolasyonunu azaltacak ve destek sistemlerini güçlendirecek programlar oluşturulabilir.

Sosyal destek ve tedavi uyumu arasındaki nedensel ilişkileri incelemek amacıyla, çok merkezli ve daha fazla hasta sayısı ile uzun süreli çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz. Müdahale temelli araştırmalarla sosyal destek artırıcı stratejilerin etkisi test edilmeli, farklı kültürel ve sosyoekonomik gruplarda da benzer çalışmalar yapılarak karşılaştırmalı sonuçlara ulaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Hypertension. WHO Web Sitesi. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> [Erişim tarihi: 17 Mayıs 2025].
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2021 Raporu. 2021.
3. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-40.
4. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.
5. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, vd. Medication adherence: a call for action. *Am Heart J*. 2011;162(3):412-24.
6. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*. 2008;10(5):348-54.
7. Karakurt P, Kaşıkçı M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of vascular nursing*. 2012;30(4):118-26.
8. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, vd. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension*. 2011;58(5):804-10.
9. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*. 2004;23(2):207.
10. Uchino BN. Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological science*. 2009;4(3):236-55.
11. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.

12. Doğan E, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı. Geçerlilik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi. 1995;10(34).
13. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara; 2022.
14. Ayfer KEA. Hipertansiyon-Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Üçüncü Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitap Evi; 2014. 49-72 s.
15. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, vd. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.
16. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, vd. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. J Hypertens. 2016;34(6):1208-17.
17. Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, Tsioufis K, vd. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071.
18. Group ESCSD. 2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018.
19. Türkiye Kardiyoloji Derneği. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. Türkiye Kardiyoloji Derneği Web Sitesi. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> [Erişim tarihi: 2 Haziran 2025].
20. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, vd. 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. J Hypertens. 2014;32(1):3-15.
21. Aydoğdu A, Atli T, Bayram F, Selçuk A, Vd. Temd Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Erişim adresi:

<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>. [Erişim tarihi: 18 Haziran 2025].

22. HT Bülteni. Sekonder Hipertansiyon (Dr. Burcu Çakır, Dr. Servet Altay) [Internet]. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/htbulteni/?makale=22> [Erişim tarihi: 18 Haziran 2025].
23. ÖZTÜRK O. ‘Birinci basamakta sekonder hipertansiyon tanısal süreci ve tedavi prensipleri. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2017;8:449-52.
24. Tikhonoff V, Casiglia E, Gasparotti F, Spinella P. The uncertain effect of menopause on blood pressure. J Hum Hypertens. 2019;33(6):421-8.
25. Komsuoğlu B, Erem C, Çetinarslan B, Kavgacı H. Yaşlılarda Hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1990;18(3):223-30.
26. Sigmund CD, Carey RM, Appel LJ, Arnett DK, Bosworth HB, Cushman WC, vd. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute working group on hypertension: barriers to translation. Hypertension. 2020;75(4):902-17.
27. Carson AP, Howard G, Burke GL, Shea S, Levitan EB, Muntner P. Ethnic differences in hypertension incidence among middle-aged and older adults: the multi-ethnic study of atherosclerosis. Hypertension. 2011;57(6):1101-7.
28. Hansen BH, Anderssen SA, Andersen LB, Hildebrand M, Kolle E, Steene-Johannessen J, vd. Cross-sectional associations of reallocating time between sedentary and active behaviours on cardiometabolic risk factors in young people: An International Children’s Accelerometry Database (ICAD) analysis. Sports medicine. 2018;48(10):2401-12.
29. Dimeo F, Pagonas N, Seibert F, Arndt R, Zidek W, Westhoff TH. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. Hypertension. 2012;60(3):653-8.
30. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, vd. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002;288(15):1882-8.

31. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, vd. 2017ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127-248.
32. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, vd. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Canadian Journal of Cardiology*. 2020;36(5):596-624.
33. Fidancı İ, Aksoy H, Başer DA, Cankurtaran M. Esansiyel Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Anksiyete veya Depresyon Görülme Sıklıklarının Değerlendirilmesi: Retrospektif Çalışma. *KSU Medical Journal*. 2022;17(3):72-6.
34. Kreutz R, Dobrowolski P, Prejbisz A, Algharably EAH, Bilo G, Creutzig F, vd. Lifestyle, psychological, socioeconomic and environmental factors and their impact on hypertension during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Hypertens*. 2021;39(6):1077-89.
35. Güvener YÖ, Altaş E. The Effects of Depression, Anxiety and Stress Levels on Quality of Life of Individuals with Hypertension. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. 3(2):181-7.
36. Teo KK, Rafiq T. Cardiovascular risk factors and prevention: a perspective from developing countries. *Canadian journal of cardiology*. 2021;37(5):733-43.
37. Ayoade OG, Umoh I, Amadi C. Dyslipidemia and associated risk factors among Nigerians with hypertension. *Dubai Medical Journal*. 2020;3(4):155-61.
38. Marin JM, Agusti A, Villar I, Forner M, Nieto D, Carrizo SJ, vd. Association between treated and untreated obstructive sleep apnea and risk of hypertension. *JAMA*. 2012;307(20):2169-76.

39. Devereux RB, Alderman MH. Role of preclinical cardiovascular disease in the evolution from risk factor exposure to development of morbid events. *Circulation*. 1993;88(4):1444-55.
40. Perrone-Filardi P, Coca A, Galderisi M, Paolillo S, Alpendurada F, de Simone G, vd. Non-invasive cardiovascular imaging for evaluating subclinical target organ damage in hypertensive patients: a consensus paper from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), the European Society of Cardiology Council on Hypertension, and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*. 2017;18(9):945-60.
41. Update AS. Heart disease and stroke statistics–2017 update. *Circulation*. 2017;135:e146-603.
42. Messerli FH, Rimoldi SF, Bangalore S. The transition from hypertension to heart failure: contemporary update. *JACC Heart Fail*. 2017;5(8):543-51.
43. Iriarte M, Murga N, Sagastagoitia D, Morillas M, Boveda J, Molinero E, vd. Classification of hypertensive cardiomyopathy. *Eur Heart J*. 1993;14:95-101.
44. Guzik TJ, Skiba DS, Touyz RM, Harrison DG. The role of infiltrating immune cells in dysfunctional adipose tissue. *Cardiovasc Res*. 2017;113(9):1009-23.
45. Flammer AJ, Anderson T, Celermajer DS, Creager MA, Deanfield J, Ganz P, vd. The assessment of endothelial function: from research into clinical practice. *Circulation*. 2012;126(6):753-67.
46. Viridis A, Taddei S. Endothelial dysfunction in resistance arteries of hypertensive humans: old and new conspirators. *J Cardiovasc Pharmacol*. 2016;67(6):451-7.
47. Lerman A, Zeiher AM. Endothelial function: cardiac events. *Circulation*. 2005;111(3):363-8.
48. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, vd. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 2017;317(2):165-82.

49. Scheltens P, Blennow K, Breteler MM, De Strooper B, Frisoni GB, Salloway S, Van der Flier WM: Alzheimer's disease. *Lancet*. 2016;388(10043):505-17.
50. Gottesman RF, Schneider ALC, Albert M, Alonso A, Bandeen-Roche K, Coker L, vd. Midlife hypertension and 20-year cognitive change: the atherosclerosis risk in communities neurocognitive study. *JAMA Neurol*. 2014;71(10):1218-27.
51. Gottesman RF, Albert MS, Alonso A, Coker LH, Coresh J, Davis SM, vd. Associations between midlife vascular risk factors and 25-year incident dementia in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort. *JAMA Neurol*. 2017;74(10):1246-54.
52. Klein R, Klein BE, Moss SE. The relation of systemic hypertension to changes in the retinal vasculature: the Beaver Dam Eye Study. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1997;95:329.
53. Wong T, Mitchell P. The eye in hypertension. *The Lancet*. 2007;369(9559):425-35.
54. Seely EW, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. *Circulation*. 2014;129(11):1254-61.
55. Hinton DR, Ryan SJ, Schachat AP, Wilkinson CP. *Retina*. C. 2. Elsevier Health Sciences; 2005.
56. Wong TY, Mitchell P. Hypertensive retinopathy. *New England Journal of Medicine*. 2004;351(22):2310-7.
57. Annual Data Report USRDS. CKD in the General Population Annual Data Report Web Sitesi. Erişim adresi: <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022/chronic-kidney-disease/1-ckd-in-the-general-population> [Erişim tarihi: 16 Nisan 2025].
58. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, vd. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Arterial Hypertension*. 2013;17(2):69-168.
59. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, vd. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The

Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.

60. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, vd. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071.
61. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, vd. 2019 Turkish hypertension consensus report. Turk Kardiyol Dern Ars. 2019;47(6):535-46.
62. Charles L, Triscott J, Dobbs B. Secondary hypertension: discovering the underlying cause. Am Fam Physician. 2017;96(7):453-61.
63. Rossi GP, Bisogni V, Rossitto G, Maiolino G, Cesari M, Zhu R, vd. Practice recommendations for diagnosis and treatment of the most common forms of secondary hypertension. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention. 2020;27(6):547-60.
64. American Heart Association. How to accurately measure blood pressure at home American Heart Association Web Sitesi. Erişim adresi: <https://www.heart.org/en/news/2020/05/22/how-to-accurately-measure-%20blood-pressure-at-home> [Erişim tarihi: 29 Haziran 2025].
65. Tucker KL, Bankhead C, Hodgkinson J, Roberts N, Stevens R, Heneghan C, vd. How do home and clinic blood pressure readings compare in pregnancy? A systematic review and individual patient data meta-analysis. Hypertension. 2018;72(3):686-94.
66. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, vd. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.

67. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, vd. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.
68. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, vd. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2018;71(19):e127-248.
69. Tziomalos K. Secondary hypertension: novel insights. C. 16, Current hypertension reviews. Bentham Science Publishers direct; 2020. s. 11.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM. ile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve ve Tarama Testleri Tarama Testler. T.C. Sağlık Bakanlığı Web Sitesi. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik Muayene Rehberi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf) [Erişim tarihi: 19 Mart 2025].
71. Basile J, Bloch MJ. Overview of hypertension in adults. UpToDate, Waltham, MA. 2015;
72. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, vd. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens. 2005;23(10):1817-23.
73. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, vd. 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. J Hypertens. 2014;32(1):3-15.
74. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger Jr WH, Kostis JB, vd. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in

- older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). JAMA. 1998;279(11):839-46.
75. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, vd. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. Ann Intern Med. 2001;134(1):1-11.
 76. Wang Y, Liu Y, Liu L, Hong L, Chen H. Comparative Analysis of Hypertension Guidelines: Unveiling Consensus and Discrepancies in Lifestyle Modifications for Blood Pressure Control. Cardiol Res Pract. 2023;2023(1):5586403.
 77. Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. Am J Clin Nutr. 1997;65(2):643S-651S.
 78. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension. 2003;42(5):878-84.
 79. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. Bmj. 2018;360.
 80. Tekin G. Current Diagnosis and Treatment of Systemic Hypertension. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2016;25(2):163-80.
 81. Kjeldsen S, Feldman RD, Lisheng L, Mourad JJ, Chiang CE, Zhang W, vd. Updated national and international hypertension guidelines: a review of current recommendations. Drugs. 2014;74:2033-51.
 82. Karakoç EV, Ömer Z, Can H. ‘Birinci Basamakta Hipertansiyona Yaklaşım. Smyrna Tıp Dergisi. 2012;1:62-7.
 83. Armstrong C. JNC 8 guidelines for the management of hypertension in adults. Am Fam Physician. 2014;90(7):503-4.
 84. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs—overview and meta-analyses. J Hypertens. 2015;33(7):1321-41.

85. Reboldi G, Angeli F, Cavallini C, Gentile G, Mancia G, Verdecchia P. Comparison between angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers on the risk of myocardial infarction, stroke and death: a meta-analysis. *C. 26, Journal of hypertension. LWW*; 2008. s. 1282-9.
86. Kronish IM, Woodward M, Sergie Z, Ogedegbe G, Falzon L, Mann DM. Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives. *Circulation*. 2011;123(15):1611-21.
87. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, vd. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;387(10022):957-67.
88. Thompson KL, Gullone E. Promotion of empathy and prosocial behaviour in children through humane education. *Aust Psychol*. 2003;38(3):175-82.
89. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara. 2018;21-66.
90. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(2).
91. Ghembaza MA, Senoussaoui Y, Kendouci Tani M, Meguenni K. Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rev*. 2014;10(1):41-8.
92. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2016;2437-47.
93. Gong D, Yuan H, Zhang Y, Li H, Zhang D, Liu X, vd. Hypertension-related knowledge, attitudes, and behaviors among community-dwellers at risk for high blood pressure in Shanghai, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3683.
94. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, vd. Turkish hypertension consensus report. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2015;43(4):402-9.

95. Üstü Y, Uğurlu M. Hipertansiyona pratik yaklaşım. Ankara Medical Journal. 2018;18(3):447-53.
96. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.
97. Ünsar S, Sadırlı S, Kurt S, Demir M, Zafer R, Erol Ö. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009;1(1):17-29.
98. Balcı A. Sosyal bilimlerde araştırma yöntem, teknik ve ilkeler. Pegem Atıf İndeksi. 2018;1-398.
99. Campbell S, Greenwood M, Prior S, Shearer T, Walkem K, Young S, vd. Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. Journal of research in Nursing. 2020;25(8):652-61.
100. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı. Sakarya yayıncılık; 2007.
101. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310.
102. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Annu Rev Sociol. 1988;14(1):293-318.
103. Antonucci TC. Social relations an examination of social networks, social support. Handbook of the psychology of aging. 2001;3:427.
104. Erikmen E, Keskin G. Kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum sürecinde aile faktörü: Motivasyonel görüşmenin etkileri açısından gözden geçirme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(4):1392-400.
105. Hançerlioğlu S, Toygar İ, Çıray N, Polat G, Özbey Y, Yıldırım Şimşir I, vd. The effect of family support and family conflict on treatment compliance in type 2 diabetes. Progress in Health Sciences. 2020;10:48-54.

106. Boylu AA, Günay G. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2018;7(2):1351-63.
107. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. Social epidemiology. 2000;1(6):137-73.
108. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. Journal of Urban health. 2001;78:458-67.
109. Bos-Touwen I, Schuurmans M, Monninkhof EM, Korpershoek Y, Spruit-Bentvelzen L, Ertugrul-van der Graaf I, vd. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. PLoS One. 2015;10(5):e0126400.
110. Theorell T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books.; 1992.
111. Antonucci TC, Ajrouch KJ, Birditt KS. The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. Gerontologist. 2014;54(1):82-92.
112. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. Occup Med (Chic Ill). 2010;60(4):277-86.
113. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. Health education & behavior. 2003;30(2):170-95.
114. Yıldız R, Erdurak Y. Sosyal Sağlık Bileşeni Olarak Sosyal Destek ve Ailenin Rolü. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;9(3):593-600.
115. Yıldırım D, Akman Ö, Dokumacı D. Perceived social support and psychological well-being in patients with chronic diseases. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(1):52-60.

116. Arabshahi A, Mohammadbeigi A, Gharlipour Z, Oroji T, Mohebi S. Relationship between Aspects of the Social Support Provided by the Spouse and the Blood Pressure in Hypertension Patients Who Referred to Healthcare Centers in Qom, Iran. *Journal of Vessels and Circulation*. 2020;1(1):41-7.
117. Anota A, Nedi T. Blood pressure control and associated factors among hypertensive patients attending Shashemene referral hospital, Oromia, Ethiopia. *Hosp Pharm*. 2022;57(4):555-63.
118. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Evaluation of correlation between adherence to the treatment of hypertensive patients and their life quality. *Florence Nightingale J Nurs*. 2018;26(2):79-92.
119. Bakan G, İnci FH. Hipertansiyonlu hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2021;12(28):81-7.
120. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Morisky DE. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:1-7.
121. Heizomi H, Iraj Z, Vaezi R, Bhalla D, Morisky DE, Nadrian H. Gender differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: a population-based survey in Heris County, Iran. *Vasc Health Risk Manag*. 2020;157-66.
122. Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1782-7.
123. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011;32(1):381-98.
124. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2014;15.
125. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res*. 2006;8(2):e506.

126. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Web Sitesi. Erişim adresi: <https://saglik.gov.tr/> [Erişim tarihi: 20 Haziran 2025].
127. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med.* 2008;31:213-24.
128. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011;9(1):11-23.
129. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007;33(2):91-6.
130. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, vd. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care.* 2004;42(11):1049-55.
131. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. C. 11. Freeman; 1997.
132. Chobanian A V, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, vd. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003;289(19):2560-71.
133. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, vd. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med.* 2017;14(9):e1002389.
134. Pais B, Bulushek P, DuPasquier G, Nef T, Schütz N, Saner H, vd. Evaluation of 1-year in-home monitoring technology by home-dwelling older adults, family caregivers, and nurses. *Front Public Health.* 2020;8:518957.
135. Agarwal R, Bills JE, Hecht TJW, Light RP. Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension.* 2011;57(1):29-38.

136. Stergiou GS, Kollias A, Zeniodi M, Karpettas N, Ntineri A. Home blood pressure monitoring: primary role in hypertension management. *Curr Hypertens Rep.* 2014;16(8):462.
137. Roohafza HR, Afshar H, Keshteli AH, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M, vd. What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *J Res Med Sci.* 2014;19(10):944.
138. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing.* 2019;37(1):46-51.
139. Elpe AG, Bahçecik AN. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Destek ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki/The Relationship Between Social Support and Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis Treatment. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2024;19(3):119-28.
140. Koç M, Günaydın N. The Relationship between Treatment Adherence, Social Support and Recovery Status of Patients Receiving Psychiatric Treatment. *Online Turkish Journal of Health Sciences.* 2023;8(3):288-95.
141. Magrin ME, D'addario M, Greco A, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, vd. Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine.* 2015;49(3):307-18.
142. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008;4(1):269-86.
143. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2014;7(2):98-108.

EKLER

EK-1

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?
☐ Evet ☐ Hayır
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?
☐ Evet ☐ Hayır
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?
☐ Evet ☐ Hayır

EK-2

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle

altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

EK-3**Sosyodemografik Veriler Anket Formu**

YAŞ : 1. 18-24 Yaş 2. 25-34 Yaş 3. 35-44 Yaş 4. 45-54 Yaş 5. 55-64 6. 65 ve üstü yaş

CİNSİYET: 1. Erkek 2. Kadın

MEDENİ DURUMU: 1. Evli 2. Bekar

EĞİTİM DURUMU:

1. Okuma-Yazma yok 2. Okur-Yazar 3. İlköğretim 4. Ortaöğretim

5. Üniversite 6. Lisansüstü

MESLEĞİ:

1. Ev hanımı 2. İşsiz 3. Kamu Çalışanı 4. Özel sektör çalışanı 5. Emekli

KİMLİKLE YAŞAMAKTA:

1) Yalnız 2) Ailesiyle 3) 2. Derece Akraba 4) 3. Derece akraba
5) Diğer (Arkadaş...)

NERDE YAŞAMAKTA:

1) İl merkezinde 2) İlçede 3) Köyde

SİZİN VE AİLENİZİN MADDİ GELİR DÜZEYİ

1) Düşük 2) Orta gelir 3) Yüksek gelir

ÖZGEÇMİŞ:

1) Diyabetes mellitus 2) Kardiyovasküler hastalık 3) Tiroit hastalıkları
4) Psikiyatrik hastalıklar

5) Romatizmal hastalıklar 6) KOAH-Astım 7) Diğer

KRONİK HASTALIK SAYISI: 1 2 3 4

SOYGEÇMİŞ: Ailesinde HT 1. Var 2. Yok

SİĞARA 1. Evet (.....Yıl/.....Paket) 2. Hayır

ALKOL 1. Evet 2. Hayır

KİLO/BMİ:

- 1)18.5 altı 2) 18,5-24,9 3) 25-29,9 4)30-34,9 5)35-39,9
6) 40 üstü

HASTALIK SÜRESİ:

- 1) 1 Yıldan az 2) 1-5 Yıl 3) 6-10 Yıl 4) 11-20 Yıl 5) 20 Yıldan fazla

KULLANDIĞI ANTİHİPERTANSİF İLAÇ:

- 1.Tekli 2. İkili 3. Üçlü

TANSİYON ÖLÇÜMÜNÜZÜ GENELDE NERDE YAPIYOSUNUZ

- 1)Evde 2)Komşuda 3)ASM de 4)Hastanede 5)Eczanede

TANSİYON ÖLÇÜM SIKLIĞINIZ:

- 1)Günlük 2)Haftalık 3)Aylık 4) Semptom olduğunda 5) Sadece sağlık tesislerine başvuruda 6) Hiç ölçmüyorum



T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
17/12/2024	10	2024/10-19

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi Ümmühan YILMAZ'ın "Adıyaman ilinde hipertansiyon hastalarında Modifiye Morinsky Ölçeği ile tedavi uyumunun ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile sosyal desteğin değerlendirilmesi" adlı proje için hazırlanmış olan ve 05/12/2024 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)

Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

(İmza)

Prof. Dr. Gülnur TARHAN
Üye

(İmza)

Prof. Dr. H. Sinan HATİPOĞLU
Üye

(İmza)

Prof. Dr. Hacı Taner BULUT
Üye

(Katılmadı)

Prof. Dr. Serdar OLT
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Tuba Koç ÖZKAN
Üye

(İmza)

Dr. Öğr. Üys. Savaş SAĞMAK
Üye

(İmza)

Prof. Dr. Tuncay ÇELİK
Üye

(İmza)

Dr. Öğr. Üys. Muhittin ÖNDERCI
Üye

(İmza)

Prof. Dr. Fatih ÜÇKARDEŞ
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Nezir YILMAZ
Üye

(İmza)

Dr. Öğr. Üys. Ayşe TAŞ
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Abuzer ULUDAĞ
Üye

ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise öğrenimimi Adıyaman’da tamamladım. 2005 yılında Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldum. 2019 yılında Adıyaman Üniversitesi’nde Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) programına başladım. Evli ve üç çocuk babasıyım.

