



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HİPERTANSİF HASTALARDA ÖZETKİLİLİK VE ÖZ YÖNETİM
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEYNEP DÖNÜŞ ÖZTÜRK

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. EYLEM TOPBAŞ**

**AMASYA
ARALIK 2023**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**HİPERTANSİF HASTALARDA ÖZETKİLİLİK VE ÖZ YÖNETİM
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Zeynep Dönüş ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ**

**AMASYA
ARALIK 2023**

ZEYNEP DÖNÜŞ ÖZTÜRK tarafından hazırlanan “**HİPERTANSİF HASTALARDA ÖZETKİLİLİK VE ÖZ YÖNETİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında İç Hastalıkları Hemşireliği programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek/ Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Elif BÜLBÜL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Üye: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Tez Savunma Tarihi: 20/12/2023

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Neşe YAKŞI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Zeynep Dönüş ÖZTÜRK

.../.../...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışma sürecimin her aşamasında akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve bana yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ' a,

Tüm hayatım boyunca beni destekleyen ve bütün kararlarımda yanımda olan annem babam ve tüm aileme,

Tez çalışmam boyunca gösterdikleri sabırdan ve verdikleri destekten dolayı, her zaman yanımda olan kıymetli eşim Nurullah ÖZTÜRK ve canım kızım Öykü Nil ÖZTÜRK'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	2
1.4. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hipertansiyon Tanımı	4
2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Hipertansiyon Patofizyolojisi.....	5
2.4. Hipertansiyon Etiyolojisi	6
2.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	6
2.5.1. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırılması.....	6
2.5.2. Etiyolojiye göre sınıflandırılması	7
2.5.2.1. Primer (esansiyel, idiyopatik) hipertansiyon.....	7
2.5.2.2. Sekonder (ikincil) hipertansiyon.....	7
2.5.3. Kan basıncına göre sınıflandırılması	8
2.6. Kan Basıncının Doğru Olarak Belirlenmesi ve Evrelendirilmesi	9
2.6.1. Kan basıncı ölçümü	9
2.6.1.1. Ofis veya klinik kan basıncı ölçümü.....	10
2.6.1.2. Ofis dışı kan basıncı ölçümü	12
2.6.1.2.1. Ofis dışı ambulator kan basıncı ölçümü	12
2.6.1.2.2. Ofis dışı evde kan basıncı ölçümü	13
2.6.1.3. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon.....	13
2.7. Hipertansiyon Tanısı.....	14
2.8. Hipertansiyon Taraması	15

2.9. Hipertansiyon Belirtileri	15
2.10. Hipertansiyon Komplikasyonları.....	15
2.11. Hipertansiyon Tedavisi	16
2.11.1. Farmakolojik tedavi	16
2.11.2. Non-farmakolojik tedavi	18
2.12. Hipertansif Hastalarda Öz Etkililik	20
2.13. Hipertansif Hastalarda Öz Yönetim.....	22
2.14. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	24
3.3.2. Dışlama Kriterleri	25
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK- 2)	25
3.5.2. Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği (EK- 3)	25
3.5.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (EK-4).....	26
3.6. Ön Uygulama	26
3.7. Verilerin Toplanması	26
3.8. Verilerin Analizi	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	50
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	65
EK-1. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019 Şekillerin Kullanım Onayı.....	66
EK-2. Hasta Tanıtım Formu	67
EK-3. Hipertansiyon Özetkililik Ölçeği.....	69

EK-4. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği.....	70
EK-5. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	71
EK-6. Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Kurum İzin Formu.....	72
EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri.....	73
EK-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	74
ÖZGEÇMİŞ	76



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Hipertansiyonun Risk Faktörleri	6
Tablo 2.2.	ESH/ESC Kan Basıncı Sınıflandırması	8
Tablo 2.3.	JNC-8 Kan Basıncı Sınıflandırması	8
Tablo 2.4.	ACC/AHA Kan Basıncı Sınıflandırması	9
Tablo 2.5.	Ofis ve Ofis Dışı Kan Basıncı Değerlerine Göre Hipertansiyon Tanımı	13
Tablo 4.1.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.2.	Hastaların Hastalığa Özgü Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.3.	Hipertansiyon Öz Etkililik ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı	30
Tablo 4.4.	Sosyodemografik Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5.	Hastaların Yaşları ile Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puanları ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.6.	Hastalığa Özgü Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.7.	Beslenmeye Özgü Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.8.	Hipertansiyon Öz Etkililik ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Hipertansif Olmayan Hastalarda Takip Önerileri	11
Şekil 2.2.	Klinik Kan Basıncı Ölçümü.....	11
Şekil 2.3.	Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımı	17
Şekil 2.4.	Antihipertansif Tedavi.....	18



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ACC	American College of Cardiology- Amerikan Kardiyoloji Derneği
ACE	Angiotensin Converting Enzyme- Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AHA	American Heart Association- Amerika Kalp Birliği
AKBÖ	Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
ARB	Angiotensin Receptor Blocker- Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DASH DİYETİ	Dietary Approaches to Stop Hypertension- Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology- Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	European Society of Hypertension- Avrupa Hipertansiyon Derneği
HT	Hipertansiyon
ISH	International Society of Hypertension- Uluslararası Hipertansiyon Derneği
JNC	Joint National Committee- Ulusal Ortak Komite
KB	Kan Basıncı
KKB	Kalsiyum Kanal Blokerleri
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar

PatenT	Prevalence, Awareness, Treatment and control of hypertension in Turkey- Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (2003)
PatenT2	Prevalence, Awareness, Treatment and control of hypertension in Turkey -Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (2012)
SALTURK	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
SKB	Sistolik Kan Basıncı
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri



ÖZET

HİPERTANSİYF HASTALARDA ÖZ ETKİLİLİK VE ÖZ YÖNETİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Zeynep Dönüş ÖZTÜRK

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Aralık/2023
Danışman: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Hipertansiyon tüm dünyada sıkça görülen, komplikasyonlara ve organ hasarlarına neden olabilen ciddi bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon yönetimi ilaç tedavisinin yanında yaşam tarzı değişikliklerini de içermektedir.

Bu çalışmanın amacı; hipertansif hastalarda öz etkililik ve öz yönetim düzeylerinin, aralarındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Tanımlayıcı, kesitsel tipte hazırlanan çalışma, Eylül 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında G-power analizine göre belirlenen 120 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler “Hasta Tanıtım Formu”, “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği”, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS V23 paket programı ile analiz edilerek Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Dunn testi ile değerlendirilmiştir.

Yaş ortalaması $66,76 \pm 11,42$ olan hastaların %51,7’sinin erkek, %77,5’inin evli, %91,7’sinin çalışmadığı, %48,3’ünün 10-15 yıl önce hipertansiyon tanısı aldığı, %90,8’inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %55’inin hastalığın neden olduğu yaşam değişikliğine uyum sağladığı belirlenmiştir. Hastaların “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ortalama puanının $53,06 \pm 6,26$, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ortalama puanının $2,86 \pm 0,44$ olduğu saptanmıştır. “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler karşılaştırıldığında cinsiyet ile “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p=0,043$), çalışma durumu ile toplam ölçek ($p=0,009$) ve “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p=0,016$), “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p=0,014$) puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş ile “Tedavi Uyumu” alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,234$; $p=0,010$). İlaçlarını düzenli kullanan ve hastalığın neden olduğu yaşam değişikliğine uyum sağlayabilen hastalar ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,001$). “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur ($r=0,633$; $p<0,001$). “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” alt boyutları olan “Damgalamayla Baş Etme” ($r=0,324$; $p<0,001$) ve “Tedavi Uyumu” ($r=0,371$; $p<0,001$) ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur ($r=0,637$; $p<0,001$).

Sonuç olarak; yaşam tarzı değişikliği yapabilen hastaların yapamayan hastalara göre hipertansiyon öz etkililik ve öz yönetim düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastaların desteklenmesi, motivasyonlarının ve farkındalıklarının artırılmasının hipertansiyon tedavisine uyumda etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hemşirelik, Hipertansiyon, Öz etkililik, Öz yönetim.

ABSTRACT

DETERMINATION OF SELF EFFICACY AND SELF MANAGEMENT LEVELS OF HYPERTENSIVE PATIENTS

Zeynep Dönüş ÖZTÜRK

Amasya University, Institute of Health Sciences
Nursing Department, MSc, December/2023
Supervisor: Assoc. Prof. Eylem TOPBAŞ.

Hypertension is a serious health problem that is frequently seen worldwide and can lead to complications and organ damage. Hypertension management includes not only drug treatment but also lifestyle changes.

This study aimed to determine the self efficacy and self management levels of hypertensive patients, the relationship between them, and the affecting factors.

This descriptive and cross-sectional study was conducted between September 2022 and June 2023. The sample consisted of 120 patients according to G-power analysis. Data were collected using a “Patient Information Form”, the “Hypertension Self Efficacy Scale”, and the “Chronic Disease Self Management Scale”, analyzed in the SPSS V23 package program, and evaluated using Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, and Dunn’s test.

The mean age of the patients was $66,76 \pm 11,42$ years. Of the participants, 51,7% were male; 77,5% were married; 91,7% were unemployed; 48,3% had been diagnosed with hypertension 10-15 years ago; 90,8% used their drugs regularly; 55% adapted to the disease-related life changes. The mean score of the patients was $53,06 \pm 6,26$ on the “Hypertension Self Efficacy Scale” and $2,86 \pm 0,44$ on the “Chronic Disease Self Management Scale”. When the subscales of the “Chronic Disease Self Management Scale” and sociodemographic variables were compared, significant differences were found between sex and the “Healthcare Effectiveness” subscale median score ($p=0,043$), employment status and the total scale ($p=0,009$), “Healthcare Effectiveness” subscale ($p=0,016$), and “Treatment Compliance” subscale ($p=0,014$) median scores. There was a significant positive weak correlation between age and the “Treatment Compliance” subscale score ($r=0,234$; $p=0,010$). There were significant differences between patients who used their drugs regularly and who were able to adapt to disease-related life changes and the “Hypertension Self Efficacy Scale” and “Chronic Disease Self Management Scale” scores ($p<0,001$). There was a statistically significant strong positive correlation between the scores on the “Chronic Disease Self Management Scale” and the “Hypertension Self Efficacy Scale” ($r=0,633$; $p<0,001$). A significant positive weak correlation was determined between the scores on the “Coping with Stigma” ($r=0,324$; $p<0,001$) and “Treatment Compliance” ($r=0,371$; $p<0,001$) subscales of the “Chronic Disease Self Management Scale” and the “Hypertension Self Efficacy Scale” score. There was also a significant positive strong correlation between the scores on the “Healthcare Effectiveness” subscale and the “Hypertension Self Efficacy Scale” ($r=0,637$; $p<0,001$).

In conclusion, patients who could make lifestyle changes had higher hypertension self efficacy and self management levels than patients who could not. It is thought that supporting patients and increasing their motivation and awareness are effective in compliance with hypertension treatment.

Keywords: Care, Nursing, Hypertension, Self efficacy, Self management.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Küresel düzeyde yaygınlığı her geçen gün artan ve yaşam kalitesini düşüren kronik hastalıklar önemli bir halk sağlığı problemidir [1]. İnsan ömrünün uzaması ve yaşam koşullarının değişmesi kronik hastalıklara yakalanma sıklığını arttırmaktadır [2 ve 3].

Kronik hastalıklar içerisinde, önlenabilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan hipertansiyon; aynı zamanda inme, böbrek hastalıkları, kalp damar hastalıklarını da arttıran önemli bir risk faktörüdür [4 ve 5]. Hipertansiyon, dünyadaki tüm iskemik kalp hastalıklarının %47'sini ve tüm inmelerin %54'ünü oluşturmaktadır [6 ve 7]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hipertansiyonun 57 milyon kişide Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability-Adjusted Life Year) kaybına neden olduğunu bildirmektedir [8]. Dünya genelinde yetişkin nüfusunun 2000 yılında yaklaşık bir milyarı hipertansiyonlu iken, bu oranın 2025 yılına kadar 1,56 milyara yükseleceği öngörülmektedir [4, 9]. Türkiye'de yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon hastasının olduğu düşünülmektedir [10]. "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışması verilerine göre hipertansiyon prevalansı %33,7 iken Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT) verilerine göre %31,8'dir. [2, 10]. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT2) verilerine göre hipertansiyon sıklığı %30,3'tür ve kadınlarda %32,3, erkeklerde %28,4 olarak tespit edilmiştir [2].

Hipertansiyon kan basıncı yüksekliği olarak adlandırılan kontrol edilen ve edilmeyen risk faktörlerini içeren multifaktöriyel kronik bir hastalıktır [8]. Hipertansiyonun farmakolojik ve non-farmakolojik tedavisinde amaç kan basıncı kontrolünü sağlamaktır [2, 11]. DSÖ, hastaların %21'inin yani yaklaşık beş yetiştikten birinin hipertansiyonunun kontrol altında olduğunu belirtmektedir [12].

Hipertansiyon yönetimi, farmakolojik tedavinin yanında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, kilo kontrolü, stresle baş etme gibi yaşam şekli değişikliklerini de içermektedir. Hastaların farkındalıklarının yetersiz olması, bilgi eksikliği, yeterli ilaç tedavisi verilmemiş olması, hastalığa yönelik yaşam tarzı değişikliği yapmaması hipertansiyonun kontrol altına alınmasını engellemektedir [13]. Hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolünü sağlayan bu değişiklikler ilaç kullanımının azalmasına katkı sağlamaktadır [4, 14]. Yapılan randomize kontrollü çalışmada yaşam tarzı değişikliğine yönelik yapılan müdahalelerin kan basıncında önemli düşüş sağladığı görülmektedir [15].

Hastalık algısı ve farkındalık durumları öz yönetim ve etkililik planlaması açısından önemlidir. Hipertansiyon hastalarının hastalığa yönelik farkında olma oranı PatenT çalışmasında %40, PatenT2 çalışmasında %54,7 olarak tespit edilmiştir [16]. Öz etkililik istendik davranış değişiklikleri için bireyin kendine olan inancı olarak ifade edilmektedir [4, 17]. Kişilerin yeteneklerinin, yapabileceklerinin farkında olması ve sağlığı geliştirme davranışlarına yansıtılabilmesidir [16]. Hipertansif hastalarda öz etkililik kan basıncı kontrolü, diyet, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların azaltılması ve bırakılması, düzenli doktor kontrolü gibi davranışsal değişimleri kapsamaktadır [18 ve 19]. Hipertansif hastalarda öz yönetim hedeflerine ulaşmak öz etkililik ile mümkündür [4]. Hastanın kendi kendini yönetmesi anlamına gelen öz yönetim ile hastalığın etkilerinin azalması ve ilerlemesinin önlenmesi düşünülmektedir [20]. Öz yönetim, tedavi ve hasta eğitiminin yanında hastalığa ilişkin semptomları yönetme, hastalıkla baş etme, tedaviye uyum, stresi azaltma gibi hasta aktifliğini ön plana çıkaran çözüm odaklı beceriler kazanılması konusunda destek verilmesini içermektedir [18, 20]. Hipertansiyonu olan hastaların davranış değişikliğine karşı tepkili ve isteksiz olması öz bakım uyum yetersizliğine neden olmaktadır [15]. Bireylerin motivasyonlarının artırılması öz yönetim davranışının uzun süreli olmasını sağlayarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesine destek vermektedir [15, 18].

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışması, hipertansif hastalarda öz etkililik ve öz yönetim düzeylerinin, aralarındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama tarihi ve örneklem grubu ile sınırlı olması, ayrıca örneklemin çoğunluğunun servisteki hastalardan oluşması, tüm hipertansif hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

1.4. Araştırma Soruları

Bu çalışmanın amacı, hipertansif hastalarda öz etkililik ve öz yönetim düzeylerinin, aralarındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları:

Hipertansif hastaların öz etkililik düzeyleri nasıldır?

Hipertansif hastaların öz yönetim ve öz yönetim alt boyut düzeyleri nasıldır?

Hipertansif hastalarda öz etkililiği etkileyen sosyodemografik, hastalığa ve beslenmeye özgü değişkenler nelerdir?

Hipertansif hastalarda öz yönetimi etkileyen sosyodemografik, hastalığa ve beslenmeye özgü değişkenler nelerdir?

Hipertansif hastaların öz etkililik ve öz yönetimleri arasındaki ilişki nasıldır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı

“Damar yatağı içinde dolaşan kanın damar duvarında yarattığı basınca tansiyon” denir [16]. Kan basıncı, kalbin kasılma sırasında oluşan maksimum basınç (Sistolik Kan Basıncı), kalbin gevşemesi sırasında kan damarlarında oluşan basınç (Diyastolik Kan Basıncı) olmak üzere iki bileşenden oluşur ve milimetre civa (mmHg) cinsinden ifade edilir [14]. DSÖ sağlıklı bir yetişkinin normal kan basıncını sistolik kan basıncı (SKB) / diyastolik kan basıncı (DKB): 120/80 mmHg olarak tanımlamıştır [21]. Erişkinlerde belli zamanlarda tekrarlanan ölçümler ile SKB: 140 mmHg ve üzeri, DKB: 90 mmHg ve üzeri olması hipertansiyon (HT) olarak tanımlanmaktadır [22]. SKB hastalıklarının tanımlanmasında daha büyük bir öneme sahiptir [23]. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu’nda da aynı değerler (140/90 mmHg ve üzeri) HT sınır değeri olarak kabul edilmiştir. Amerikan Kardiyoloji Derneği, 2017 yılında yaptığı güncelleme ile diğer kılavuzların aksine KB sınır değerlerini aşağıya çekerek SKB için 130 mmHg ve üzerini, DKB için 80 mmHg ve üzerini HT kabul etmiştir [14]. Yaşı 80 ve üstü olanlarda SKB değeri 150 mmHg’ya kadar kabul edilebilir olduğu bildirilmektedir [1]. Çocuklar ve ergenlerin kan basıncı değerlendirmesi persentil eğrileri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır [2]. Eski zamanlarda kişinin normal kan basıncı değeri belirlenirken yaşının üzerine 100 eklenir ve çıkan değer yüksekse tedaviye başlanırdı. Dolayısıyla yaşın ilerlemesi ile kan basıncının artması gerekliliği düşünülürdü ve 160/95 mmHg üzerindeki tüm basınçlar hipertansiyon sınıfındaydı. Günümüzde ise, yapılan çalışmalar doğrultusunda hipertansiyon tanısı için kan basıncı sınır değeri 140/90 mmHg’dır. Bu değer üzerindeki hastalar hipertansif olarak kabul edilerek tedaviye başlanmalıdır; çünkü tedavi yararının, komplikasyonlar ve risklerle kıyaslandığında daha fazla olduğu görülmektedir [24].

2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Kan basıncı yüksekliği kardiyovasküler, nörovasküler ve renal hastalıklara neden olabilmektedir [22]. 115/75 mmHg’lık basınç civarındaki kan basınçlarında bu risk düşüktür. 115/75 mmHg üzerindeki, SKB değerinde her 20 mmHg veya DKB değerindeki 10 mmHg artış majör Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) ve inme olayları riskini iki katına çıkarmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşamdan beklenen sürenin uzaması, nüfusun yaşlanması ve obezitenin artması, toplumların HT prevalansını arttırmaktadır [22].

2013 yılı DSÖ verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 17 milyon kişi KVVH nedeni ile yaşamını kaybetmekte ve her yıl hipertansiyon komplikasyonlarına bağı 9,4 milyon ölüm gerçekleşmektedir [18]. Günümüzde yetişkinlerde %35-40 civarında olan HT prevalansının 2025 yılına kadar %15-20 oranında artacağı ve HT'li kişi sayısının 1,5 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir [22]. 60 yaş üzeri yaşlıların %60'ından fazlasının HT hastası olduğu bilinmektedir [2]. Avrupa Kardiyoloji Derneğı'nin 2018 yılı Arteriyel Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzu'nda 2015 yılında dünyadaki erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden birisinin hipertansiyon olduğu, yaklaşık 10 milyon ölümün ve 200 milyon sakatlığın hipertansiyon nedeni ile gerçekleştiğı bildirilmiştir [18]. Düşük ve orta gelirli ölkelerdeki herhangi bir yaşta HT'nin neden olduğu ölüm riski yüksek gelirli ölkelerden iki kat fazladır. Yüksek gelirli ölkelerde, 60 yaş altı ölümlerin sadece %7'si HT'den kaynaklanır. Afrika'da ise oran %25'e çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve çoğı Avrupa ölkesinde yetişkinlerin yaklaşık %25-30'unda HT bulunmaktadır [22]. Ölkemizde yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon hastası olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de hipertansiyon ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasıdır, bu çalışmada HT sıklığının %33,7 olduğu ve yaşın ilerlemesi ile birlikte toplumda görölme sıklığının arttığı saptanmıştır [2, 24]. 2003 yılında Türkiye'de yapılan PatenT (Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey) çalışmasına göre cinsiyet ve yaşa göre düzeltilmiş HT prevalansı %31,8 olarak bulunmuş ve kadınlarda (%36,1) erkeklere göre (%27,5) daha yüksek olduğu belirlenmiştir [18, 22]. Toplumda orta yaş olarak kabul edilen 35-64 yaş, grubunda HT prevalansı %42,3 (erkeklerde %34,8, kadınlarda %50), 65 yaş ve üstü HT prevalansı ise %75,1 (erkeklerde %67,2, kadınlarda %81,7) olarak bulunmuştur [22]. 2012'de yapılan PatenT2 çalışmasında, HT prevalansı %30,3 olarak saptanmıştır. 2003 yılında yapılan PatenT çalışması ile kıyaslandığında HT hastalığı farkındalık oranının %40,7'den %54,7'ye yükseldiğı görölmüştür. Hipertansif hastaların kan basınçlarının kontrol altına alınma oranı %8,1'den %28,7'ye yükseldiğı saptanmıştır [22]. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 yılında yaptığı araştırmada 15 yaş ve üzeri kişilerde HT oranı %15,8 iken, 2019 yılında 16,4 olarak saptanmıştır [25].

2.3. Hipertansiyon Patofizyolojisi

Arteriyel kan basıncı organ kanlanması için önemlidir [26]. Kan basıncı, kardiyak debi (kalbin dakikada pompaladığı kan hacmi) ve periferik vasküler direnç faktörleri tarafından

oluşturulmaktadır ve kardiyak debi ile periferik vasküler direncin çarpımı şeklinde formüle edilmektedir. Kan basıncı (KB)'nı oluşturan bu iki hemodinamik parametreyi etkileyerek denklemi bozacak herhangi bir faktör ortaya çıktığında KB'de değişiklikler meydana gelmekte ve oto regülasyon devreye girmektedir [14]. KB'yi belirleyen birincil faktörler; sempatik sinir sistemi, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve plazma hacmidir [26]. Tek bir patofizyolojik mekanizma ile açıklanması mümkün olmayan HT, bir KB regülasyonu bozukluğudur. Sempatik sinir sistemi aktivitesinde artma, stres, sodyum tutucu hormonların veya vazokonstriktörlerin (endotelin veya tromboksan) aşırı üretimi, uzun süreli ve aşırı tuz tüketimi, potasyum ve kalsiyumun yetersiz alınması, uygunsuz renin salgılanması sonucu artan anjiyotensin II ve aldosteron üretimi, vazodilatatör maddelerin (prostoglandin veya nitrik oksit) üretiminin azalması HT oluşumunda rol oynayan bazı patofizyolojik faktörlerdir [14].

2.4. Hipertansiyon Etiyolojisi

Tüm dünyada ve ülkemizde kontrol edilen ve edilmeyen risk faktörlerinin neden olduğu HT, komplikasyonları, tedavisi ve birçok yönüyle önemli bir halk sağlığı problemidir [16, 18]. Tablo 2.1'de hipertansiyon risk faktörleri verilmiştir [27].

Tablo 2.1. Hipertansiyonun Risk Faktörleri [27]

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri	Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri
Aile Öyküsü	Fazla Tuz Tüketilmesi
Genetik Faktörler	Potasyum, Magnezyum ve Kalsiyumun Yetersiz Alınması
İrk	Aşırı Şişmanlık
Yaş	Bel Çevresinde Yağ Miktarı Fazlalığı
Cinsiyet	Sigara İçme
	Alkol Kullanma
	İnsülin Direnci
	Stres

2.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon hedef organ tutulumuna, etiyolojisi ve kan basıncı değerlerine göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir [2].

2.5.1. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırılması

Hipertansiyon ilk evrelerinde belirti vermediğinden tanınması zordur. Bu dönemde tespit edilememesi ve tedaviye daha geç başlanıyor olması başarıyı azaltarak komplikasyon

riskini artıracaktır. Kan basıncının uzun süre yüksek seyretmesi beyin, kalp, böbrek ve göz gibi organlarda hastalıklara neden olmaktadır. Bu duruma “hedef organ hasarı” adı verilmektedir [4]. Kardiyovasküler risk faktörleri varlığı ve hedef organ hasarı durumuna göre hipertansiyon; A düzeyi, B düzeyi ve C düzeyi risk grubuna ayrılır ve tedavi planı bu doğrultuda yapılmaktadır [2].

Grup A; düşük risk grubu olarak adlandırılır, kardiyovasküler hastalık, risk etmeni ve herhangi bir hedef organ hasarı görülmemektedir.

Grup B; orta derece risk grubu olarak adlandırılır, diyabet dışında bir veya daha fazla risk etmeni bulunmaktadır. Yalnız herhangi bir kardiyovasküler hastalık ya da hedef organ hasarı görülmemektedir.

Grup C; yüksek risk grubu olarak adlandırılır, diyabet veya kardiyovasküler hastalık /hedef organ hasarı bulunmaktadır [4].

2.5.2. Etiyolojiye göre sınıflandırılması

Etiyolojisine göre HT, primer (esansiyel, birincil, nedeni bilinmeyen) ve sekonder (ikincil, nedeni bilinen) olarak sınıflandırılmaktadır. Hipertansiyon hastalarının %95’inde primer, %5’inde ise sekonder hipertansiyon mevcuttur. Hastalık nedeninin belirlenmesi hasta takip ve tedavisinin planlanması için önemlidir [18].

2.5.2.1. Primer (esansiyel, idiyopatik) hipertansiyon

Primer hipertansiyon genetik ve çevresel koşulların etkili olduğu düşünülen nedeni tam olarak açıklanamayan şeklidir [8, 18]. Primer hipertansiyon risk faktörlerinden bazıları; yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, Diabetes Mellitus, ailede HT öyküsü, obezite, tuz tüketimi, alkol tüketimi, stres, kişilik yapısı ve sedanter yaşam şeklidir [1]. Primer HT tanıldıktan sonra uygun tedavi yöntemleri (yaşam biçimi değişiklikleri, ilaç tedavisi) ile kontrol altına alınabilmektedir [14].

2.5.2.2. Sekonder (ikincil) hipertansiyon

Hipertansiyon hastalarının %5’inde nedeni bilinen ve tedavi edilen HT şekli olan sekonder HT görülmektedir [1]. Sekonder HT’de DKB yüksekliği varsa renovasküler hastalıklar ve ani yükselişli DKB durumunda nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve glukokortikoid kullanım durumları değerlendirilmelidir [21].

Sekonder HT nedenleri: Kronik böbrek hastalıkları, renovasküler hastalıklar, kronik steroid tedavisi, Cushing sendromu, aort koarktasyonu, ilaç alımıyla indüklenen hipertansiyon, feokromasitoma, primer aldostrenizm, uyku apnesi, tiroid/paratiroid hastalıklarıdır [1].

2.5.3. Kan basıncına göre sınıflandırılması

Kan basıncına göre sınıflama, farklı kılavuzlar doğrultusunda HT'nin teşhis-tedavisinin daha sistematik ve kolay olması amacıyla yapılmaktadır [2]. Bunlardan en önemlilerinden birisi 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü/ International Society of Hypertension (DSÖ/ISH) tarafından yapılan sınıflamadır. 2013 yılı European Society of Hypertension and European Society of Cardiology (ESH/ESC) sınıflaması Tablo 2.2.'de verilmiştir. 2014 yılında yayınlanan Joint National Committee-8 (JNC-8) verileri Tablo 2.3.'de gösterilmiştir. En son 2017 yılında yayınlanan kılavuz ise, American Heart Association (AHA)'a aittir ve sınıflama Tablo 2.4.'de verilmiştir [14].

Tablo 2.2. ESH/ESC Kan Basıncı Sınıflandırması [14]

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve/veya	80-84
Yüksek-normal	130-139	ve/veya	85-89
1.derece HT	140-159	ve/veya	90-99
2.derece HT	160-179	ve/veya	100-109
3.derece HT	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik HT	≥140	ve	<90

İzole Sistolik HT; SKB'nin ≥ 140 mmHg, DKB'nin ≤ 90 mmHg olduğu, 65 yaş üstü ve genç hastalarda görülebilen şeklidir. Çocuklar, gençler ve genç yetişkinlerde izole HT, HT'nin en yaygın formudur [8, 28]. SKB artışı ile nabız basıncının da yükselmesi kardiyovasküler riskleri arttırmaktadır [8].

Tablo 2.3. JNC-8 Kan Basıncı Sınıflandırması [14]

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	< 120	ve	< 80
Prehipertansiyon	120 – 139	ya da	80 – 89
Evre 1 Hipertansiyon	140 – 159	ya da	90 – 99
Evre 2 Hipertansiyon	≥ 160	ya da	≥ 100

JNC-8 kılavuzuna göre; tedaviye başlanması gereken KB sınır değeri kronik böbrek hastalığı olanlarda, diyabet hastalarında ve 60 yaş altında 140/90 mmHg, 60 yaş ve üzerinde 150/90 mmHg'dır. Kılavuzda, KB sonuçları sınır değerinin üzerinde olan hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri ile eş zamanlı ilaç tedavisi başlanması önerilmiştir [14].

Tablo 2.4. ACC/AHA Kan Basıncı Sınıflandırması [14]

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	< 120	ve	< 80
Yükselmiş	120 – 129	ve	< 80
Evre 1 Hipertansiyon	130 – 139	ya da	80 – 89
Evre 2 Hipertansiyon	≥ 140	ya da	≥ 90

JNC- 8 ve Avrupa Kardiyoloji Derneği SKB: 130-139 mmHg ve DKB: 80-89 mmHg aralıklarını prehipertansiyon veya yüksek normal kabul ederken, Amerikan Kardiyoloji Derneği 2017 yılında HT kılavuzunda yapmış olduğu güncelleme ile diğer kılavuzların aksine bu değer aralıklarını Evre 1 HT olarak kabul etmiştir.

2.6. Kan Basıncının Doğru Olarak Belirlenmesi ve Evrelendirilmesi

2.6.1. Kan basıncı ölçümü

HT tanısının konulabilmesi; uygun bir ölçüm aracı, doğru teknik ve ölçüm yapılan çevre koşullarının uygunluğu ile mümkün olmaktadır [1, 24]. Hastaya, ölçüm yapan kişiye ve yöntemeye yönelik faktörler KB'nin doğru ölçümünde önemlidir [14].

Tansiyon ölçümünde civalı, aneroid ve elektronik olmak üzere üç tip manometre kullanılmaktadır. En uygun ölçüm aletinin seçimi KB değerinin belirlenmesinde önem arz eder. Sahada civalı sfigmomanometre önerilmektedir; yalnız rezervuarının dolu olması, basınç uygularken civa sütunun hareket etmemesi ve sütununun rahat okunabileceği hızda olmasına dikkat edilmelidir [18]. Maliyetli olması ve civa maruziyeti sebebiyle klinikte kullanımı azdır [26]. Elektronik tansiyon aletleri kullanım kolaylığı, düşük maliyetli olmaları nedeniyle tercih edilmektedir. Yalnız kalibrasyonlarının en az altı ayda bir yapılması gerekmektedir [1, 26]. Koldan ve bilekten ölçüm yapan şekilleri kıyaslandığında bilekten ölçümlerin yanlış KB değeri verme ihtimallerinin daha yüksek olduğu görülmektedir [26]. Aneroid sfigmomanometre ile ölçüm yapan kişinin ölçüm tekniğini ve oskültasyon seslerini tanıması ve aletin kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması gerekmektedir [26]. Manşet

kol uzunluğunun üçte ikisi genişliğinde ve yetişkinde manşon kesesi eni 12 cm, boyu ise 35 cm olmalıdır. Obezler ve kaslı kişilerde kese genişliği 20 cm, uzunluğu 40 cm civarında olmalıdır [1].

2.6.1.1. Ofis veya klinik kan basıncı ölçümü

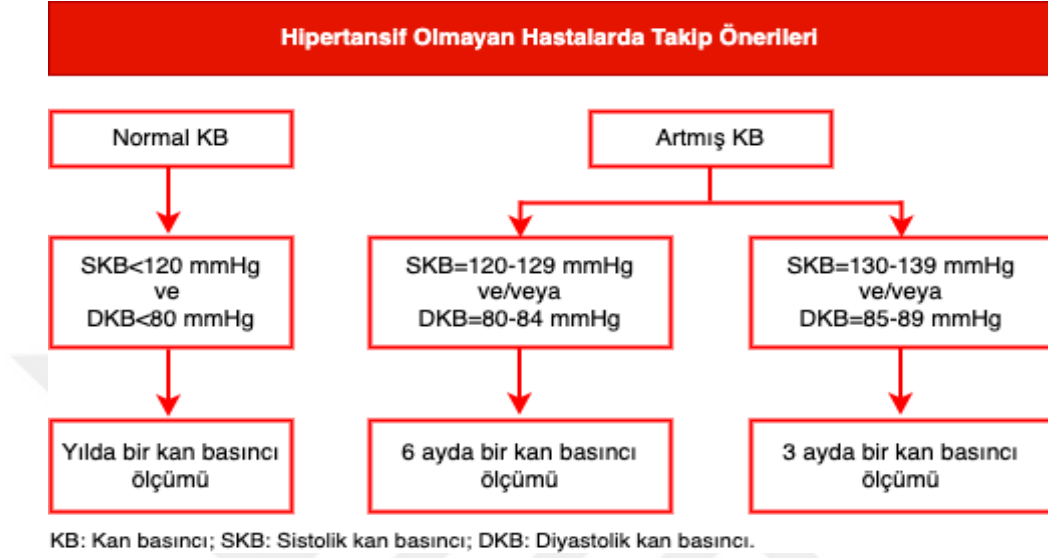
Hekim tarafından periyodik kontrolleri yapılmış, onaylı oskültatuar veya otomatik bir tansiyon aleti ile koldan uygun manşon ile ölçüm gerçekleştirilmelidir [23, 29].

Ofis kan basıncı ölçümü tercihen üst koldan hastanın kol çevresine uygun bir manşet seçimi ile olmaktadır. İlk ölçümde iki koldan ölçüm gerçekleştirilmeli, kollar arasında 10 mmHg'dan daha fazla fark olması halinde KB değeri yüksek olan değer kabul edilmeli ve sonraki ölçümlerde yüksek çıkan koldan ölçüm yapılmalıdır [18, 23, 28]. Eğer fark 20 mmHg'dan fazla ise daha fazla inceleme planlanmalıdır. [28]. KB değişikliğine neden olabilecek durumları dışlamak için kollar birlikte ölçülecekse arka arkaya değerlendirilmelidir [30]. Hastada ritim bozukluğu olması durumunda nabız palpe edilmeli ve steteskop kullanılarak manuel ölçüm yapılmalıdır [29].

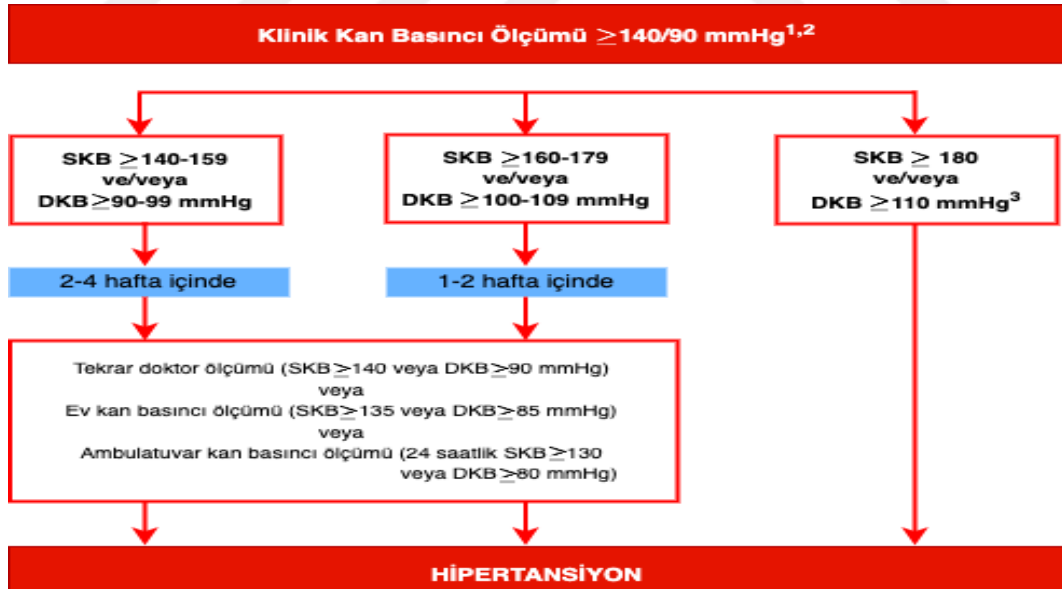
Ölçüm yapılacak ortamın uygun ısıda olması ve hastanın ölçüm öncesi en az 5 dakika dinlenmesi gerekmektedir [23 ve 24]. 30 dakikalık süre içinde çay, kahve gibi kan basıncını arttıran içecekler tüketmemesi ve mümkünse bu sürede yemek yememesi istenmektedir [24]. Hastanın mesanesinin boş olması, sırtını yaslayarak oturması, bacak bacak üstüne atmaması ve işlem esnasında konuşmaması önerilmektedir [14]. Kola kalp seviyesinde avuç açık ve yukarı bakacak şekilde pozisyon verilmeli ve en az iki ölçüm yapılarak ortalaması alınmalıdır [23]. Yaşlı, diyabetik hastalarda ve ortostatik hipotansiyonu olan kişilerde, KB değer farkı olacağından ayağa kalktıktan 1- 3 dakika sonra değerlendirilmelidir [29]. Nazal dekonjestanlar ve adrenerjik reseptör uyarıcıları kullanımı sonrası ölçümün yanlış sonuç verebileceği unutulmamalıdır. İşlem sonrası KB değeri, ölçüm bölgesi ve pozisyonu mutlaka kaydedilmelidir [24].

Oskültasyon yöntemi ile kan basıncı değerlendirmesi için yöntemin bilinmesi, değerinin yorumlanması ve analiz edilmesi gerekmektedir. İlk olarak radyal nabız palpe edilerek seslerin sona erdiği değerin 20-30 mmHg üzerine kadar manşon şişirilmelidir. Steteskobun manşetin altına yerleştirilmediğinden emin olunmalıdır. Manşon 2-4 mmHg hızla boşaltılırken korotkoff seslerinin ilk duyulduğu an (faz 1) SKB değerini, seslerin duyulamaz olduğu son ses (faz 5) ise, DKB değerini göstermektedir. Hipertansiyon tanısının konulabilmesi tekrarlayan ölçüm ile sağlanmaktadır [14]. Hipertansif olmayan hastalarda

takip önerileri Şekil 2.1’de verilmektedir. İlk değerlendirmede kan basıncının 140/90 mmHg üzerinde olması durumunda kontrol sıklığı önemlidir. Şekil 2.2’de klinik kan basıncı ölçümü değerlendirmesi yer almaktadır [23].



Şekil 2.1. Hipertansif Olmayan Hastalarda Takip Önerileri [23] (Yazarlardan izin alınarak kullanılmıştır.) (EK-1)



¹Kan basıncı ölçümü ilk muayenede iki koldan ayrı ayrı yapılmalı ve takiplerde yüksek ölçülen kol kullanılmalıdır. En az iki ölçüm yaparak hastanın kan basıncı ortalamasına göre tanı akışı kullanılmalıdır.

²Bu ölçümler sırasında öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar incelemelerinin yapılması önerilir. Ev kan basıncı veya ambulatuvar KB ölçümü imkanı olmayan hastalarda, laboratuvar sonuçlarını getirdikleri zaman yeniden ölçüm yapılarak tanı konulması önerilir.

³Hastanın kan basıncı bu değerlerde ise bir iki kez daha ölçülmelidir. Bu değer devam ediyorsa hasta hipertansiyon tanısı hemen konulmalıdır.
SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı.

Şekil 2.2. Klinik Kan Basıncı Ölçümü [23] (Yazarlardan izin alınarak kullanılmıştır.) (EK-1)

Klinikte yapılan kan basıncı değerlendirmeleri doğru yöntem ve çevre koşulları oluşturularak yapılmasına rağmen hastayı değerlendirmek için yeterli olmayabilir. Gün içerisinde KB değerlerinin değişmesi, beyaz önlük etkisi, maskeli hipertansiyon durumları sabah akşam ölçüm farkları nedeniyle ofis dışı ölçümlerine de ihtiyaç duyulmaktadır [18].

2.6.1.2. Ofis dışı kan basıncı ölçümü

Ofis dışı ölçümlerin bireyin yaşadığı ortamda olması bireyi rahatlatır ve sık ölçümler KB değerinin daha gerçekçi olmasını sağlar [29]. Çoğu tedavi kararı için ofis dışı kan basıncı ölçümleri ile doğrulama gerekmektedir [28]. Evde veya ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinin birbirine üstünlüğü olmadığı gibi birbirlerini tamamlar [24]. Ofis dışı ölçümlerin tekrarlanabilmesi, beyaz önlük ve maskeli hipertansiyonun teşhisi için avantaj sağlar [28]. Tanı ve tedavi planlaması için hastanın imkanları doğrultusunda ölçüm şekli belirlenmelidir [14, 25].

2.6.1.2.1. Ofis dışı ambulatuvar kan basıncı ölçümü

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, gün içerisinde uyku, aktivite de dahil kan basıncının 15-30 dakika aralıklarla 24 saat boyunca ölçülmesi, ortalamasının alınması ve kaydedilmesi esasına dayanır [18, 23]. Gündüzleri en az 20, geceleri ise 7 ölçüm yapılmazsa testin tekrar edilmesi gerekir [28]. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü ile ilgili hastaya bilgi verilmelidir. Ölçüm esnasında konuşmaması, kolunu hareket ettirmemesi, kolunu kalp seviyesinde tutması ve ağır egzersizlerden kaçınması istenir. Hastanın öğün ve ilaç zamanları, uyku, uyanıklık, efor sarf ettiği saatleri not etmesi söylenir [29].

Aşağıdaki durumlar için ambulatuvar ölçüm gereklidir:

- Ofis ve ofis dışı ölçüm farklarının fazla olması,
- Dipping varlığının araştırılması,
- Noktürnal hipertansiyon şüphesi,
- Kan basıncı değişkenliklerinin saptanmasıdır [23].

24 saatlik ölçüm yapılması klinik ölçümlere göre daha fazla avantaj sağlar. 24 saatlik KB ortalaması $\geq 130/80$ mmHg veya gündüz ortalaması $\geq 135/85$ mmHg ise, tanı konulmaktadır. Ölçüm değeri yüksekliği hedef organ hasarını işaret edebilmektedir. [18].

2.6.1.2.2. Ofis dışı evde kan basıncı ölçümü

Evde kan basıncı ölçümü (EKBÖ), hastanın kendisi veya bir yakını bazen de bir sağlık çalışanı yardımı ile klinik dışında onaylanmış ve kalibrasyonu yapılmış bir tansiyon aleti ile ölçümüne dayanmaktadır [14, 29]. Tercihen manşonlu, otomatik veya aneroid tansiyon aleti seçilmelidir [23]. Bilekten ölçen cihazlar obez bireylerde alternatif olmaktadır [29]. Ev ölçümleri en az beş gün, tercihen yedi gün, sabah- akşam şeklinde olmalıdır [24, 29]. Ölçüm öncesi hasta en az beş dakika dinlendirilmeli ve 30 dakika öncesi sigara, kahve gibi uyarıcı kullanmaması söylenmelidir. Bir dakika arayla iki ölçüm alınarak bu iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir [23, 28, 29]. Evde yapılan ölçümlerde KB değeri ortalaması 135/85 mmHg üzerine ise, hastaya tanı konulabilmektedir [14, 18]. KVVH'a bağlı mortalite ve morbidite durumları, beyaz önlük etkisi ve maskeli hipertansiyon tespiti için avantajlıdır [23, 30]. Evde yapılan ölçümlerin tedaviye yanıt ve diyetle uyum değerlendirmesinde önemli yeri vardır [14]. Sık aralıklar ile yapılan KB ölçümlerinin hastada anksiyete yaratması, diyet veya tedavi planını değiştirmesine neden olabilmektedir [18]. Hastanın ofis dışı ölçüm konusunda eğitilmesi gerekmektedir [18]. Tablo 2.5.'de ofis ve ofis dışı kan basıncı değerlendirmesi yer almaktadır [23].

Tablo 2.5. Ofis ve Ofis Dışı Kan Basıncı Değerlerine Göre Hipertansiyon Tanımı [23]

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Ofis KB	≥140	ve/veya	≥90
Ambulatuvar KB			
Gündüz (veya uyanık)	≥135	ve/veya	≥85
Gece (veya uykuda)	≥120	ve/veya	≥70
24 saat	≥130	ve/veya	≥80
Ev KB	≥135	ve/veya	≥85

2.6.1.3. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon

Hastanın kan basıncının sağlık kuruluşlarında ölçüm yapıldığında yüksek iken, ofis dışı ortamlarda ambulatuvar kan basıncı ölçümü veya evde kan basıncı ölçümünde normal olması durumudur. İzole ofis/ izole klinik hipertansiyon/ beyaz önlük hipertansiyonu olarak isimlendirilir. Hastanın kan basıncı değeri ofiste normal iken, ofis dışı ortamda yüksek çıkabilir. Bu durum ise, maskeli hipertansiyon/ izole ambulatuvar hipertansiyon olarak adlandırılır [29]. Tansiyon yüksekliği nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran hastaların %10-30'u beyaz önlük, %10-15'i maskeli hipertansiyona sahiptir [28].

Beyaz önlük hipertansiyonu risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, ileri yaş ve sigara

kullanmama sayılabilir. Maskeli hipertansiyon ise, genç yaş, erkek cinsiyet, sigara, alkol kullanımı, egzersiz, anksiyete, iş stresi, obezite, diyabet, böbrek hastalığı ve ailede hipertansiyon öyküsü gibi durumlarda sık görülmektedir. Her iki hipertansiyon şekli de henüz tedavi görmemiş hipertansiyon tanısı düşünülen hastaların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır [29].

2.7. Hipertansiyon Tanısı

Hastaya hipertansiyon tanısı kan basıncı değeri, tıbbi öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile konulmaktadır; ancak her hastada tüm incelemeler yapılmamaktadır [2, 5].

Kan basıncı ölçümü: Hipertansiyondan şüphelenilen yetişkinlerde KB, doğru ölçüm teknikleri ile mutlaka farklı zamanlarda, belli aralıklarla ölçülmeli ve aritmi durumunun değerlendirilmesi için nabız sayımı yapılmalıdır [5, 23, 30].

Tıbbi öykü: Hastanın tıbbi öyküsü hastalığın teşhis ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Hastadan anamnez alınırken, önceki kan basıncı ölçümleri, kan basıncını artıran ilaç kullanımı, diyetinde kullandığı yağ ve tuz miktarı, fiziksel aktivite durumu, sigara ve alkol kullanımı gibi alışkanlıkları, hipertansiyonun süresi, önceki tedavi girişimleri, diğer hastalıkları, KVVH risk faktörleri, aile öyküsü, kullanılan hipertansiyon ilaçları, sekonder hipertansiyon nedenleri, kardiyovasküler hastalık için bilinen diğer risk faktörlerinin varlığı ve uç organ hasarının boyutunu belirlemeye yardımcı olan diğer durumlar sorgulanmalıdır [23, 26, 27].

Genetiğin hastalık yapma sıklığı %35-50 olduğundan hastadan alınan anemneze aile öyküsü mutlaka eklenmelidir. [13].

Bireyin aile hayatı, çalışma ortamı, ekonomik durumu, eğitim düzeyi gibi kan basıncını değiştirebilecek durumlar değerlendirilmelidir [27]. Hipertansiyon komplikasyonları, risk faktörleri, diyabet, inme, kalp yetmezliği gibi eşlik eden hastalıkları irdelenmelidir [13].

Fizik muayene: Bel çevresi, beden kitle indeksi (BKİ), kollardan KB ölçümleri, nabız ölçümleri, motor ve duyu kaybı, kalp ritim bozuklukları, büyümüş tiroid, renkli çatlaklar, akciğer, batin incelemesi, fundoskopik değişimler, raller, ödem gibi değerlendirmeler yapılmalıdır [5, 28, 31].

Laboratuvar incelemeleri: HT olan hastalarda laboratuvar incelemesi risk faktörleri, etkilenen organ değerlendirmeleri ve sekonder hipertansiyon tespiti için yapılmaktadır [31].

Hastalarda önerilen tetkikler; açlık kan glukozu, kanda sodyum, potasyum ve ürik asit, lipit profili, kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı, elektrokardiyografi, diyabetli hastalarda idrar albümin atılım oranı (yıllık takip) şeklindedir. Hastanın klinik durumuna göre; idrar albümin atılım oranı, ALT/AST, kalsiyum, tiroid uyarıcı hormon (TSH), oral glukoz tolerans testi, ekokardiyografi yapılmalıdır. Her hastada sekonder HT değerlendirmesi zor olacağından hasta belirtileri ve laboratuvar bulgularına göre inceleme daha uygun olmaktadır [23].

2.8. Hipertansiyon Taraması

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi'nde; 18 yaşından büyük olan herkese kliniğe başvuru nedenine bakılmaksızın yılda en az bir kez KB ölçümü tavsiye edilmektedir. Çocuklarda ise, (3-18 yaş arası) HT ve HT sebepli diğer hastalıkların tespiti için herhangi bir nedenli hastane başvurularında en az bir kez KB ölçümü önerilmektedir [2].

2.9. Hipertansiyon Belirtileri

Esansiyel hipertansiyon, hastaların çoğunda belirti vermez ve rastlantısal olarak kontrol sırasında beyin, kalp, böbrek gibi damarsal dokuların şikayetleri ile ortaya çıkmaktadır [5, 31]. İlk evrelerde hedef organ hasarı belirtileri yoktur ve KB kontrol altına alınmayan vakalarda görülmektedir [5]. Başlıca belirtiler; enseden başlayan baş ağrısı, zorlu nefes, baş dönmesi, halsizlik, çarpıntı, göğüs ağrısı, burun kanaması, görme bozuklukları, yürürken ve merdiven çıkarken zorlanma, kulaklarda çınlama, sık idrara çıkma, yüzde kızarma, alt ekstremitelerde şişlik ve bayılmadır [8, 24, 30].

2.10. Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyon, her yıl kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'ini oluştururken 9,4 milyon ölüm ise, komplikasyonlara bağlı olarak gerçekleşmektedir [5]. SKB'nin 140 mmHg ve üzerinde olması yaklaşık 4,9 milyon iskemik kalp hastalığı, 2 milyon hemorajik kanama, 1,5 milyon iskemik inmeye bağlı ölüme neden olmaktadır [32]. HT mortalite ve morbidite oranı yüksek önlenabilir hastalıklardandır [24]. Kan basıncının sürekli yüksek seyretmesi, kalp damar değişiklikleri ve ateroskleroz ile komplikasyonların görülmesine sebep olmaktadır [4]. Hemorajik inme, anevrizma, koroner kalp hastalığı, miyokard enfarktüsü,

periferel vasküler hastalık, böbrek yetmezliği, demans, retinal hemoraji ve görme bozukluğu gibi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır [31].

2.11. Hipertansiyon Tedavisi

HT tedavisinin amacı, ateroskleroz, diyabet, şişmanlık gibi kardiyovasküler hastalıklara neden olabilecek durumlarla başa çıkmak, mortalite ve morbiditenin azalmasını sağlamaktır [1, 4]. KB değerlerindeki düşmeler KVH dışında inme, böbrek hastalıklarının önlenmesini de sağlamaktadır [1]. JNC-8 kılavuzu ile 60 yaş üstü bireylerin kan basıncının 150/90 mmHg, 60 yaş altında ise 140/90 mmHg olması hedeflenmektedir. 2017 yılı ACC-AHA kılavuzunda hipertansiyon veya KVH olan bireylerde 130/80 mmHg altı kan basıncı önerilmektedir. 2018 ESH-ESC'ye göre 65 yaş altı; ancak Diyabetes Mellitus veya KVH varlığı durumunda SKB değerinin 120-129 mmHg olması istenmektedir. KVH riski olan; yalnız tolere eden bireylerde sistolik kan basıncının 130-139 mmHg, diyastolik kan basıncının 80 mmHg altı olması beklenmektedir [22]. Genç yetişkinler için KB değeri 140/90 mmHg altı olması gerekmektedir [1]. Hipertansiyon tedavisi non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemleri kapsamaktadır. Bu yöntemler birlikte uygulanmalıdır [30].

2.11.1. Farmakolojik tedavi

KB değeri yüksek olan hastalarda öncelikle yaşam tarzı değışikliği önerilir ve üç ay sonraki değeri 140/90 mmHg olan hastalarda yaşam tarzı değışikliği ile birlikte ilaç tedavisine başlanır [22 ve 23]. Diyabetes Mellitus, Kronik Böbrek Yetmezliği, Serebrovasküler Hastalık ya da hedef organ hasarı varsa hemen başlanır [23]. KB değeri 160/100 mmHg ve üzeri olduğunda ise, direkt ikili ilaç kullanımı ve kan basıncının 140/90 mmHg'nın altında tutulması önerilmektedir [1, 8]. Şekil 2.3'te tedavi yaklaşımı yer almaktadır [23]. Hasta 80 yaş ve üstünde ise, sistolik kan basıncı 150 mmHg üzeri olduğunda yaşam biçimi değışikliği ve ilaç tedavisi tercih edilmelidir [14].

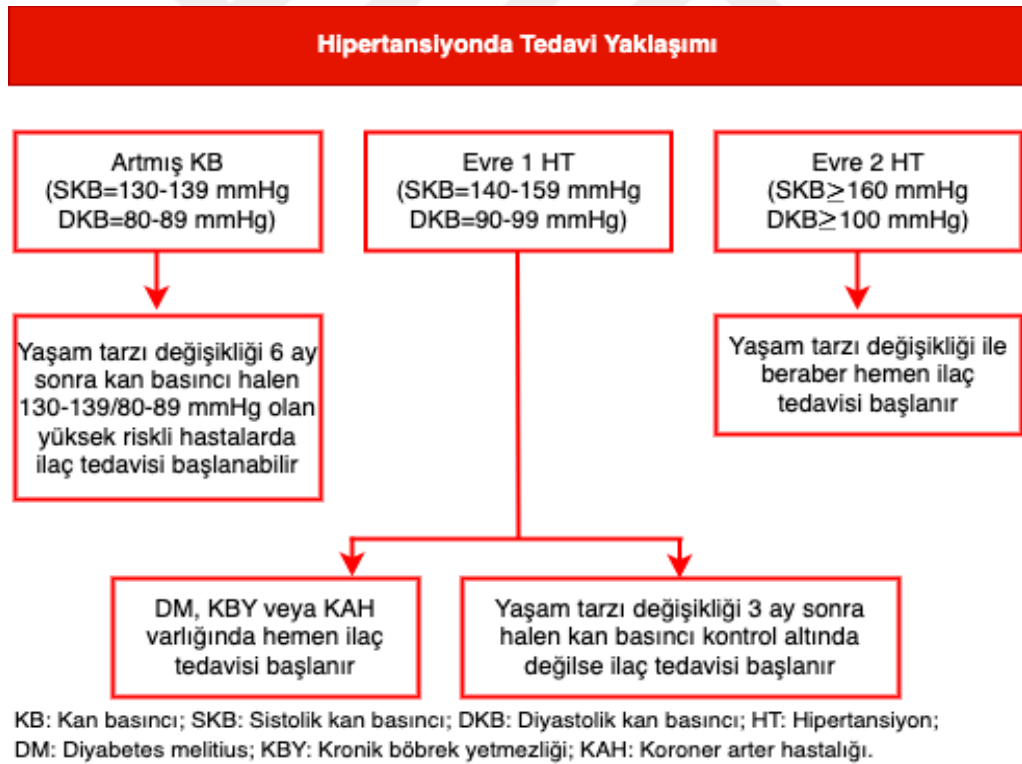
İlaç seçimi hastanın kan basıncı değerleri, risk faktörleri, diğer hastalıkları, tedaviyi tolere etmesi, çoklu ilaç kullanımı ve etkileşimleri göz önünde bulundurularak hastaya özel olmalıdır [8,23].

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan başlıca antihipertansif ilaçlar;

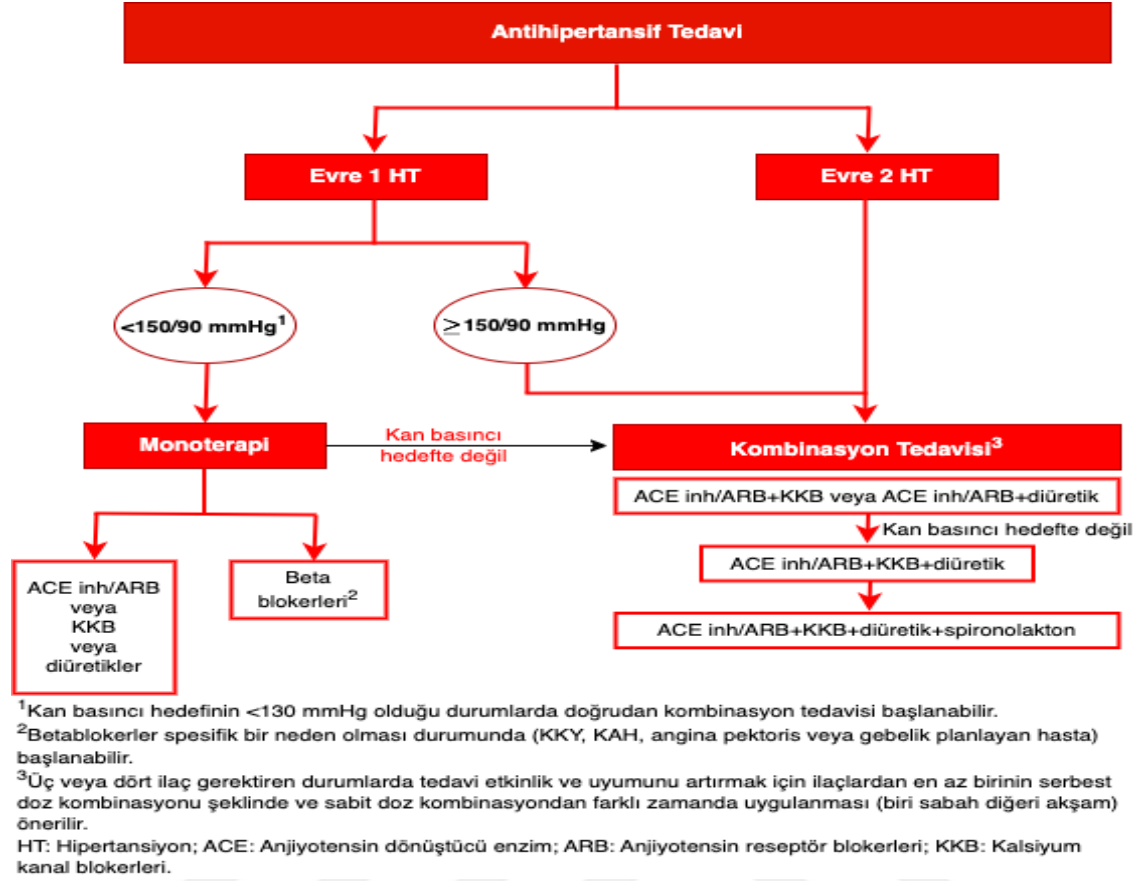
- Diüretikler
- Beta adrenerjik reseptör blokerleri (Betablokerler)
- Kalsiyum kanal blokörleri

- Anjiyotensin dönüştürücü/covering enzim inhibitörleri (ACE)
- Anjiyotensin 2 reseptör blokörleridir [30].

Şekil 2.4'te antihipertansif tedavi süreci verilmektedir [23]. Kan basıncı 150/90 mmHg altında olan hastalarda monoterapi ile başlanır. Bunlar ACE inhibitörleri, diüretikler, kalsiyum kanal blokörleri ya da beta blokörleridir. Çoğu hastada (KB 150/90 mmHg ve üzeri) ise, kombinasyon tedavisi önerilir. İlk tercih edilen kombinasyonlar, bir KKB veya diüretik ile bir renin anjiyotensin sistemi bloke edici ilacı (bir ACE inhibitörü veya bir ARB) içerir. Kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı durumlarında beta blokörler ve diğer antihipertansif ilaçlar birlikte kullanılmaktadır. İkili ilaç tedavisine rağmen KB değeri düşmüyorsa genellikle bir KKB ile bir renin-anjiyotensin sistemi blokeri ve bir tiyazid grubuna geçilir [22]. KB değeri biri diüretik olmak üzere üçlü kombinasyon tedavisine rağmen düşmüyorsa, hastada dirençli hipertansiyon ya da sekonder hipertansiyon varlığı düşünülür [23].



Şekil 2.3. Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımı [23] (Yazarlardan izin alınarak kullanılmıştır.) (EK-1)



Şekil 2.4. Antihipertansif Tedavi [23] (Yazarlardan izin alınarak kullanılmıştır.) (EK-1)

2.11.2. Non-farmakolojik tedavi

Hastalarda yaşam şekli değişikliğinin yüksek KB değerlerini düşürmesinin yanı sıra çoklu ilaç kullanımını önlemede etkisi olduğu görülmektedir. HT tanısı konulan tüm hastalarda ilaç tedavisinin yanında sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesi beklenmektedir [22]. Davranış değişikliğinin çocukluk dönemlerinde başlayıp tüm yaş evrelerinde devam etmesinin HT riskini de azalttığı düşünülmektedir [1].

Kilo Yönetimi: Hipertansiyonu olan kişilerin yaklaşık %60'ının kilolu olduğunun bilinmesine rağmen bu durum hastalar ve hekimler tarafından çoğu kez görmezden gelinmektedir [6, 30]. Obezite ve HT'nin ilişkili olduğu görülmektedir [8]. Yeni tanı almış HT hastalarının %70'inin kilolu veya obez olduğu, beş kg'lık düşüşün KB değerini ve kullanılan ilaç dozunu azalttığı bilinmektedir [1, 14]. Kan basıncı kontrol altına alınamayanlar ve hipertansiyonu olmayanlarda kontrendike değilse BKİ'nin 25kg/m²'ye düşürülmesi önerilmektedir. Bel çevresi kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise, 102 cm ve altında olması tavsiye edilmektedir (Kanıt düzeyi A- ESC/ESH 2013) [1].

Sağlıklı Beslenme: Hipertansif hastalarda önerilen DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti hızlı tüketilen, işlenmiş, yağlı, şeker, tuz içeren yiyeceklerden ve kırmızı etten uzak durmayı meyve, sebze, yağsız süt, tahıllar, balık, beyaz et, kuruyemiştenden zengin beslenmeyi amaçlamaktadır [23, 26]. 459 bireye sekiz hafta boyunca uygulanan diyet planı ile KB değerlerinde düşme saptanmıştır [14]. Bir başka çalışmada DASH diyeti uygulanan, Amerikan tarzı beslenen bireyler değerlendirilmiş ve DASH uygulayanların SKB/DKB değeri 6/4 mmHg daha düşük çıkmıştır [26]. Kan basıncı kontrol edilemeyen hastalarda diyet yaklaşımına, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü de eklenince daha etkili olduğu görülmüştür [14]. Bazı içeceklerinde tansiyon üzerinde etkileri bulunmaktadır. Kafein tüketimi KB'yi 5-15 mmHg artırmaktayken siyah veya yeşil çay kullanımının az da olsa düşürücü etkisi olduğu düşünülmektedir [6].

Tuz Alımının Kısıtlanması: Dünyada ve ülkemizde tuz tüketimi oldukça fazladır ve hipertansiyonun en temel kontrol edilebilen risk faktörlerindendir [26]. Kısıtlanması primer hipertansiyon ve kalp damar hastalıklarının azalmasını sağlamaktadır. Tuz kısıtlaması ayrıca potasyum atılımını azaltır, osteoporoza karşı korur, bronş kaslarında gevşeme sağlar ve sol ventrikül hipertrofisini önler [27]. DSÖ'nün 2020 yılında yaptığı bir çalışmada yetişkinlerde tuz tüketiminin günlük 9-12 gr olduğu sonucuna varılmış ve 2025 yılına kadar tüketimini %30 azaltmayı planlamıştır. Türk Kardiyoloji Derneği, günlük tuz tüketiminin 5-6 gr olması gerektiğini ifade etmektedir [14]. Türkiye'de günlük tüketimin bu miktardan üç kat fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Tuz kullanımının azaltılması ve beraberinde potasyum tüketiminin artırılması kan basıncını düşürmek için tavsiye edilmektedir (Kanıt düzeyi A STROKE 2014) [1].

Bireyler doğrudan tuz tüketimini azaltırken turşu, konserve, ekmek, hazır gıdalar gibi yiyeceklerde tuz bulunduğunu fark etmemektedir [22]. İnsanlar kültür ve alışkanlıkları doğrultusunda bu gıdaları tüketmekte; ayrıca sofraya tuzluk konulmasının da kullanım miktarını artırdığı bilinmektedir [1, 22, 28].

Alkol Tüketiminin Sınırlandırılması: Alkol, primer HT ve beraberinde KVH, inme gibi hastalık ihtimalini artırdığından kullanılması önerilmez [6, 23]. Antihipertansiflerin etkisini de azaltmaktadır [1]. Erkeklerin günde 20-30 gr, kadınların 10-20 gr'dan fazla etanol kullanmamaları gerekmektedir [23]. Günde iki veya daha fazla alkol tüketen kadınların erkeklere nazaran HT yakalanma oranları daha yüksek bulunmuştur [24].

Stres Yönetimi: Stres vasküler direnci artırarak sempatik sinir sistemini aktive edip vazokonstriksiyona neden olmaktadır. Sürekliliği, HT ve diğer hastalıkların artmasına yol

açmaktadır [30]. Stresin nedeninin saptanması ve engellenmesi farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi etkinliğini artırmaktadır [30]. Yoga, meditasyon, psikoterapi gibi gevşeme ve baş etme teknikleri kısa süreli KB değerinin düşmesini sağlarken uzun süreli etkileri bilinmemektedir [1, 8]. Hipertansif bireylere stres yönetimini sağlama konusunda destek verilmelidir [14].

Hareketli Yaşam: Hareketsiz bir yaşam geçiren bireyler ile düzenli egzersiz yapan bireyler kıyaslandığında HT gelişme oranının %20-50 fazla olduğu görülmektedir [1]. Düzenli fiziksel aktivite ateroskleroz riskini azaltmakta, arter esnekliğini artırmakta ayrıca insülin direncini engellemektedir [30]. Hastanın yaşı, fiziksel kapasitesi ve diğer hastalıkları göz önünde bulundurularak haftada en az 30 dakika düzenli egzersiz yapması önerilmelidir. Sedanter yaşam tarzı yerine gün içinde hareket yeteneğini artıracak etkinliklere teşvik edilmelidir [23].

Tütün Kullanımına Son Verilmesi: Sigara kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalığa ve ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır [5]. Nikotin sempatik sinir sistemi aktivitesinin artışı ve sigara kullanımını takiben 15-30 dk süren kan basıncı ve nabız sayısı artışından sorumludur [1, 26]. 2016 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 15 yaş üzeri yetişkinlerin %26,5'i sigara kullanmakta ve sigara kullanımının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir [23]. Ambulatuvar kan basıncı ölçümünde KB değerlerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır [8]. Yapılan bir çalışmada günde en az 15 tane sigara içen kadınların 10 yıl sonra HT olma ihtimalinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır [14]. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımına son verme yaşam biçimi değişikliğinin başında gelmektedir. HT tanısı almış hastaların anemnezleri alınırken mutlaka öğrenilmeli ve uzak durmaları için destek olunmalıdır [26].

2.12. Hipertansif Hastalarda Öz Etkililik

Kronik hastalıkların süregelen olması, geri dönüşsüz değişiklikler içermesi, tedavi ve bakımlarının uzun zaman alması gibi özellikleri hastaların hastalıkları ile ilgili konularda sorumluluk bilinci taşımalarını gerektirmektedir [18]. HT, kesin belirtileri olmaması, risk faktörlerinin, komplikasyonlarının fazlalığı, hastaların hastalık algısının yetersiz olması gibi özelliklere sahiptir [34]. HT tanısının konulması ile hastada meydana gelen duygu durum değişiklikleri, yaşam tarzı değişikliği becerilerinin gelişmesini olumsuz olarak etkilemektedir [35]. Olumsuz algının pozitif yöne değiştirilmesi hastaların stres ve hastalıkla baş etme düzeylerini de arttırmaktadır [32]. Eskiden hastanın hastalığının bilincinde olarak

merkezde yer alması görüşü savunulmasına rağmen sahada yeterli ilgiyi görememiştir. Tedavinin uzun süreli olması, tedavi ve bakım etkinliğini artırması, kişiye özel olması gibi özellikleri kişinin kendi kendini yönetmesini gerektirmektedir [18].

Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından ilk kez kullanılan öz etkililik kavramı “Bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” olarak tanımlanmaktadır [36]. Bireyin kendine güvenmesi, yetenekleri ve başarabileceklerinin farkında olması durumudur [37 ve 38]. Hipertansiyon hastalarının öz etkililik düzeyinin yüksek olması, hastanın sağlık durumunu kontrol etme becerilerinin ve davranışlarının gücüne işaret etmektedir. Öz etkililik algısı hastalığa yönelik olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi, değiştirilmesi ve devamının sağlanması açısından önemlidir [37]. Hipertansiyon tedavisinin başarısı tedavi sürecindeki hastanın aktif rolüne bağlıdır. Hastanın kendine olan güveninin artması, hastalıkla başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Hastanın geçmiş tecrübelerinden yararlanılarak kendi sağlığı ile ilgili konulara katılımı öz motivasyonunu arttırmaktadır [38 ve 39]. Bazı hasta gruplarında bireysel ve hastalık algısı farklılıkları nedeniyle hasta yakınları, sağlık personelleri veya çevresinden sosyal motivasyon gerekebilmektedir [38]. Yüksek öz etkililik düzeyi hastada pozitif düşüncelere, düşük öz etkililik düzeyi ise, depresyon, çaresizlik, özgüven yetersizliği gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır [39].

Ülkemizde hipertansiyonun kontrol altına alınamamasının en önemli sebeplerinden birisi de öz etkililik seviyelerinin yetersizliğidir [17, 19]. Hastaların birçoğunda ilaç tedavisi hemen başlanırken kilo kontrolü, yağ ve tuz tüketimi, egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, doktor kontrolü gibi konularda sağlık davranışlarının geliştirilmesi zaman almaktadır [19, 26]. İlaç tedavisine başlanan ilk yıllarda hastaların %50’si ilaç kullanmayı bırakmakta veya %10’u ilaç içmeyi unutmaktadır [14]. Hipertansif hastalara verilen eğitimin ilaç rejimine uyumu arttırdığı görülmektedir [22, 40]. Literatürde, öz etkililik düzeyi yüksek olan hipertansiyon hastaların daha iyi tedavi sonuçları gösterdikleri ve hastalığın kontrol altında tutulmasının daha kolay olduğu bildirilmektedir [41-43]. Öz etkililik düzeyi yüksek olan hastaların tansiyon kontrolü, diyet ve egzersiz gibi durumları daha iyi uyguladığı ve hedeflenen davranış değişikliklerini gerçekleştirebildiği görülmektedir [44]. Hastaların öz etkililik düzeyleri arttığında tansiyonlarını daha iyi kontrol edebilir, diyabet, inme, kalp damar hastalıkları gibi diğer kronik hastalıkları daha iyi yönetebilirler [45]. Yapılan bir çalışmada, öz etkililik düzeyi yüksek hipertansiyon hastalarının sağlığı koruma davranışları ile kan basıncının daha iyi kontrol edildiği ve hayat kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur

[46]. Hipertansiyon toplumda sık görülen bir hastalık olmasına rağmen hastalarda istendik davranış değişikliğinin yeterli olmadığı görülmektedir [17].

Hipertansif hastalarda öz yönetim hedeflerine ulaşmak öz etkililik ile mümkündür [4].

2.13. Hipertansif Hastalarda Öz Yönetim

“Öz yönetim; kronik hastalığı olan bireyin hastalığı ile ilgili semptom, tedavi ve bakımını yönetebilmesini, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşam biçimi değişiklikleri yapabilmesini içeren, hastalığı kendi kendine yönetme sanatıdır” olarak tanımlanmaktadır [18].

Günlük yaşam aktivitelerinin yanında hastalığa yönelik olumlu davranış değişiklikleri ihtiyacı öz yönetim kavramını ortaya çıkarmıştır [47]. Hastanın motivasyonu, bilgisi, eğitim düzeyi, kültürü, yaşadığı ortam, ailesi ya da sağlık çalışanlarının desteği öz yönetim yaklaşımını etkilemektedir [18]. Yapılan çalışmalar aktif, kendine güvenli bireylerin sağlığa yönelik becerilerinin yüksek olduğunu göstermektedir [34]. Hasta aktifliğinin bireyin beden sağlığının yanında ruh sağlığını da etkilediği, depresyon gibi ruhsal problemlerin daha az görüldüğü tespit edilmiştir [48]. Hastalık süresinin uzun olmasının KB kontrolünü azalttığı ve beraberinde öz yönetimlerini düşürdüğü görülmüştür [14]. Hipertansif hastalara öz yönetim desteğinin verilmesi ile SKB'nin 5 mmHg, DKB'nin ise 4,3 mmHg düştüğü ortaya çıkmıştır [47].

Öz yönetim hastaların hastalıkları ile ilgili konularda sorumluluk bilincinde daha profesyonel bir sağlık bakım yaklaşımıdır [18]. Öz yönetim tedaviye uyum, hastalığı hakkında bilgilendirme, semptomları yönetme, hastalığı ile baş etme ve harekete geçme gibi konularda planlama, eyleme geçme ve çözme aşamalarını içermektedir. Öz yönetimi bilen hastalar problem çözme öğrenildikçe öz yeterlilikleri de artmaktadır [20]. Bireylerin öz yeterliliğinin artırılması hipertansiyon gibi önlenabilir hastalıkların kontrol altına alınmasında önemlidir. Öz yeterlilik ve davranış değişikliği için görüşme ve geri bildirim alma hastalığa uyumu arttırmaktadır [15]. Öz etkililik ve öz yönetim becerileri ile motivasyon ve memnuniyetlerinin artması hastaların acil servise başvuru sıklığını ve hastanede kalış süresini kısaltacağı, yaşam kalitesini artıracığı belirtilmektedir [18].

Hastaların öz bakım yönetimlerinin sağlanmasında sağlık profesyonelleri tarafından verilen öz yönetim desteği önem arz etmektedir. Özellikle hemşirelerin hedef belirlemesi ve planlamalarda bulunması beklenmektedir [18].

2.14. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon kontrolünde öncelikle amaç; KB değerini 140/90 mmHg altına düşürmek, ateroskleroza önlemek ve hastaların yaşam kalitelerini artırmak olmalıdır. Antihipertansif tedavinin yanında farmakolojik olmayan tedavinin de etkinliği önemlidir. Sağlık bakım üyelerinin hastaların farkındalıklarını arttırarak kendi bakım yönetimlerine katılımları için destek vermeleri beklenmektedir [4]. Hastalığın erken teşhisini kolaylaştırmak için hemşire, hastaların kan basınç ölçümlerini düzenli aralıklarla her seferinde uygun teknik ve yöntemle ölçmeli, değerlendirmeli yaptığı ölçümleri belirli aralıklarla tekrarlamalı ve kayıt altına almalıdır [30, 37]. Hastanın semptomlarını değerlendirmeli ve hastanın fizik muayenesi, nabız özelliklerini yorumlamalıdır [30]. Hemşireler, kan basıncını düşürme ve kontrolde tutma, veriler ışığında planlama yapma, problem çözme, tedavi, bakım, danışmanlık, rehberlik, eğitim, öz yönetim desteği gibi hemşirelik yaklaşımlarını gerçekleştirmektedirler [31, 35, 47]. Hemşirelerin ve diğer sağlık üyelerinin hastalığa uyum ve yaşam tarzı değişikliğinde kilit rol oynadığı bilinmektedir [49].

Hipertansiyon yönetiminde hastaların aktif olduğu, kişiye özel, bütüncül yaklaşım ile sonuç odaklı stratejiler geliştirilmelidir [4, 32]. Hastaların katılımları arttıkça öz yönetim davranışları artmaktadır. Hemşireler öz yönetim eğitim programları planlamalıdır [34]. Stres ile baş etme, egzersiz, diyet, kilo ve uyku yönetimi konularında destek sağlamalıdır [37]. Hastalar ile iş birliğine girerek hastaların motivasyonlarını arttırmalıdır. Mevcut durumu analiz etmeli ve değişim alanlarını değerlendirmelidir [14]. Yeterli sosyal desteğin iyileştirme ve hastalıkla baş etme de etkili olduğu görülmektedir. Aile veya çevresi tarafından yeterli destek almayan bireylerin davranış değişikliğinde zorluklar yaşadıkları bilinmektedir [49]. Hemşirelerin hipertansiyonu olan hastalara verdiği eğitimler, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tuzsuz diyet uygulamasında artış sağlamaktadır [6]. Yapılan bir çalışmada yüz yüze görüşme sonrası evde telefon ile izlem yapılan hastaların ofis KB değerlerinin hemşirelik desteği verilemeyen gruba göre daha düşük olduğu gözlenmiştir [14].

Hastalıkların önlenmesinde önemli görevleri bulunan hemşirelerin HT tanısı alan hastalarda öncelikli amacı, bireyin hastalığa ve tedaviye uyumunu sağlamaktır [4]. Hemşireler tarafından yapılan öz yönetim uygulamaları, bakım maliyetleri, hastane başvuru ve yatış sayılarında azalmanın yanında mortalite oranlarını da azaltmaktadır [47].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Araştırma, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kardiyoloji, Nefroloji, Gastroenteroloji, Endokrinoloji ve Metabolizma Servisleri'nde ve polikliniklerinde takip ve tedavisi yapılan hipertansif hastalar ile Eylül 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanenin 24 yataklı iki tane Kardiyoloji Servisi, 30 yataklı iki tane Nefroloji Servisi, 44 yataklı Gastroenteroloji Servisi, 33 yataklı Endokrinoloji ve Metabolizma Servisi bulunmaktadır. Kardiyoloji Servisleri'nde 5'er, Nefroloji Servisleri'nde 8'er, Gastroenteroloji Servisi'nde 13, Endokrinoloji ve Metabolizma Servisi'nde ise, 9 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kardiyoloji, Nefroloji, Gastroenteroloji, Endokrinoloji ve Metabolizma Servisleri ve polikliniklerinde takip ve tedavisi yapılan hipertansif hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için 30 hasta ile pilot uygulama yapılmış ve bu hastalar araştırma grubuna dahil edilmemiştir. Örneklemi ise, Kendall ve Gibbons [50] ve Devroye [51]'nin çalışması dikkate alındığında; %95 güven aralığı ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), H_1 correlation $p_1 = 0,382$ etki büyüklüğü ve iki yönlü hipoteze göre çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum hasta sayısı 102 olarak elde edilmiştir. Olası veri kayıplarına karşı çalışmamız 120 hasta ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Hipertansiyon hastası olan,
- 18 yaş ve üzeri araştırmaya gönüllü olan,
- En az altı aydır hipertansiyon tedavisi alan,
- En az altı aydır hipertansiyona yönelik ilaç kullanan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.2. Dışlama Kriterleri

- Araştırmaya gönüllü olmayan bireyler,
- Gebeler,
- Emzirme sürecinde olan anneler,
- İletişim engeli olan hastalar dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hipertansiyon öz etkililik, öz yönetim puanları

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), hastalığa özgü (tanı zamanı, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, eğitim ve sosyal destek alma durumu, fiziksel aktivite vb.), beslenmeye özgü (tuz tüketimi, beslenme şekli vb.) özellikleri.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK- 2)

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur [4, 18]. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, gelir durum algısı, çalışma durumu), hipertansiyona ilişkin (hastalığın süresi, tedavisi, kan basıncı ölçümü, ailesel yatkınlık, diğer hastalıkları vb.), tedaviye uyumunu değerlendiren (ilaç, diyet, egzersiz, doktor kontrolü vb.), hastalığa uyumuna ilişkin (eğitim alma, yaşam değişiklikleri, hastaneye başvuru, destek alma algısı vb.) sorulardan oluşmaktadır ve toplam 30 soru yer almaktadır.

3.5.2. Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği (EK- 3)

Han vd. [52] tarafından geliştirilen “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Türkoğlu ve Kılıç [19] tarafından yapılmıştır. Toplam 20 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi dörtlü likert tipi (Hiç uygun değil:1 puan, Uygun değil: 2 puan, Uygun: 3 puan, Çok uygun: 4 puan) şeklindedir. Ölçekten en az 20, en fazla 80 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi hipertansiyonda öz etkililik

düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,88' dir [19]. Bizim çalışmamızda Cronbach's Alpha katsayısı 0,76 olarak saptanmıştır.

3.5.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (EK-4)

Ngai vd. [53] tarafından geliştirilen “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yeşildal vd. [20] tarafından yapılmıştır. Toplam 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; Kendini Damgalama (7 madde), Damgalamayla Baş Etme (5 madde), Sağlık Bakım Etkinliği (4 madde) ve Tedavi Uyumu (5 madde) şeklindedir. Tedaviye Uyum alt boyutu olumsuz ifadeler içermektedir ve ters kodlanmaktadır. Ölçek maddeleri 5'li likert tipi (1: Asla, 2: Nadiren; 3: Ortalama, 4: Oldukça sık, 5: Her Zaman) şeklindedir. Ölçek aritmetik ortalama yöntemi ile hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 5'e yaklaştıkça öz yönetimin arttığını, 1'e doğru indikçe öz yönetimin azaldığını göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach's Alpha katsayısı “Kendini Damgalama” 0,87, “Damgalamayla Baş Etme” 0,85, “Sağlık Bakım Etkinliği” 0,82, “Tedavi Uyumu” 0,78 bulunmuştur [20]. Bizim çalışmamızda toplam ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,75, “Kendini Damgalama”, “Damgalamayla Baş Etme”, “Sağlık Bakım Etkinliği” ve “Tedavi Uyumu” alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,85, 0,84, 0,87, 0,90 olarak saptanmıştır.

3.6. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, veri toplama sürecinden önce çalışmanın yürütüldüğü hastanede araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun Kardiyoloji Servisi'ne yatışı yapılan altı hasta ile yapılmıştır. Veri toplamada kullanılan anket sorularının anlaşılır olduğu belirlenmiş ve uygulamaya başlanmıştır. Ön uygulamaya katılan hasta verileri araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Eylül 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kardiyoloji, Nefroloji, Gastroenteroloji, Endokrinoloji ve Metabolizma Servisleri ve polikliniklerine başvuran ve yatışı yapılan hipertansif hastalar (n= 120) ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmelerde “Hasta Tanıtım Formu”, “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği”, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” kullanılmış ve toplam ortalama 10 dk sürmüştür.

3.8. Verilerin Analizi

Veriler SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. İkili gruplara göre normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek T testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü varyans analizi ve çoklu karşılaştırmalarda Duncan testi, üç ve üzeri gruplara göre normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve çoklu karşılaştırmalarda Dunn testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler, ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Sperman's rho korelasyon katsayısı ve normal dağılım gösteren değişkenler, ölçekler puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum- maksimum) şeklinde sunulmuştur. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada Helsinki Bildirgesine sadık kalınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar no:66) (EK-5), Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü'nden Erciyes Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni (Sayı No: 295212) (EK-6) alınmıştır. Çalışmada kullanılan “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği”, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” kullanım izinleri yazarlarından e-posta yolu ile alınmıştır (EK-7). Çalışmaya katılacak hasta ve hasta yakınlarına gerekli açıklamalar yapılarak “Bilgilendirilmiş Onam Formu” aracılığı ile yazılı onamları alınmıştır (EK-8).

4. BULGULAR

Bu bölümde hipertansiyonu olan hastaların öz etkililik ve öz yönetim düzeyleri ve ölçekler arası ilişkinin belirlenmesi, sosyodemografik özellikler, hastalığa özgü özellikler ve beslenmeye özgü özelliklere yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

	Ortalama $\pm$ SS***	Ortanca (Min*-Max**)
Yaş	66,76 $\pm$ 11,42	68,5 (18 - 86)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	58	48,3
Erkek	62	51,7
Medeni Durumu		
Evli	93	77,5
Bekar	27	22,5
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	20	16,7
Okuryazar	33	27,5
İlköğretim	40	33,3
Ortaöğretim ve Üzeri	27	22,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	10	8,3
Çalışmıyor	110	91,7

*Min: Minimum, **Max: Maksimum, ***SS: Standart Sapma

Tablo 4.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine yer verilmiştir. Yaş ortalaması 66,76 $\pm$ 11,42 olan hastaların %51,7’sinin erkek, %77,5’inin evli, %33,3’ünün ilköğretim düzeyi eğitim durumuna sahip olduğu, %91,7’sinin çalışmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa Özgü Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

	n	%
BKİ Değerlendirme		
Sağlıklı (18,5-24,9)	24	20
Aşırı Kilolu (25-29,9)	46	38,3
Obez (30-39,9)	43	35,8
Morbid Obez (40 üstü)	7	5,8
Hipertansiyon Tanı Yılı		
0-5 Yıl	28	23,3
5-10 Yıl	34	28,3
10-15 Yıl	58	48,3
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	109	90,8
Hayır	11	9,2
Ailede Hipertansiyon Varlığı		
Evet	64	53,3
Hayır	56	46,7
Hipertansiyon Nedeniyle Hastane Acil Servisine Başvuru Durumu		
Evet	73	60,8
Hayır	47	39,2
Hipertansiyon Nedeniyle Hastaneye Yatış Durumu		
1 kez	75	62,5
2 kez	32	26,7
3 kez ve Daha Fazla	13	10,8
Hipertansiyon ile İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	42	35
Hayır	78	65
Hastalık Sürecinde Sosyal Destek Alma Durumu		
Evet	71	59,2
Hayır	49	40,8
Tansiyonunu Düzenli Aralıklarla Ölçme Durumu		
Evet	103	85,8
Hayır	17	14,2
Tansiyonun Çoğunlukla Kim Tarafından Ölçüldüğü		
Kendisi	68	66
Yakını/Komşusu	25	24,3
Sağlık Çalışanları	10	9,7
Tansiyonundaki Değişimi Fark Edebilme Durumu		
Evet	81	67,5
Hayır	39	32,5
Gün İçerisinde Yeterli Hareket Etme Durumu		
Evet	50	41,7
Hayır	70	58,3
Hastalığın Neden Olduğu Yaşam Değişikliklerine Uyumu		
Evet	66	55
Hayır	54	45

Tablo 4.2’de hipertansif hastaların hastalığa özgü özelliklerine yer verilmiştir. Hastaların %38,3’ünün aşırı kilolu, %48,3’ünün 10-15 yıldır hipertansiyon tanısının olduğu, %90,8’inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %53,3’ünün aile birey/bireylerinde hipertansiyon hastalığının olduğu saptanmıştır. Hastaların %60,8’inin HT nedeniyle daha önce acil servise başvurduğu ve %62,5’inin HT nedeniyle bir kez hastaneye yattığı, %65’inin HT ile ilgili bir eğitim almadığı, %59,2’sinin hastalık sürecinde sosyal destek aldığı görülmüştür. Hastaların %85,8’inin tansiyonunu ölçtüğü ya da ölçtirdiği, %66’sının tansiyonunu kendisinin ölçtüğü, %67,5’inin tansiyonundaki değişimi fark edebildiği, %58,3’ünün gün içinde yeterli hareket edemediği, %55’inin HT hastalığının neden olduğu yaşam değişikliğine uyum sağladığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hipertansiyon Öz Etkililik ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı (n=120)

	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (Min*-Max**)
Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği	53,06 $\pm$ 6,26	54 (36 - 68)
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	2,86 $\pm$ 0,44	2,84 (1,7 - 4)
Kendini Damgalama Alt Boyutu	3,17 $\pm$ 0,69	3,29 (1,6 - 4,4)
Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu	2,61 $\pm$ 0,77	2,6 (1 - 4,6)
Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu	2,33 $\pm$ 0,83	2,25 (1 - 4,5)
Tedavi Uyumu Alt Boyutu	3,32 $\pm$ 0,89	3,4 (1 - 5)

*Min: Minimum, **Max: Maksimum, ***SS: Standart Sapma

Tablo 4.3’te ölçekler ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri değerlendirilmiştir.

Hastaların “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçek” ortalama değeri 53,06 $\pm$ 6,26, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ortalama değeri 2,86 $\pm$ 0,44, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” alt boyutlarının ortalama puan değerleri “Kendini Damgalama” 3,17 $\pm$ 0,69, “Damgalamayla Baş Etme” 2,61 $\pm$ 0,77, “Sağlık Bakım Etkinliği” 2,33 $\pm$ 0,83, “Tedavi Uyumu” 3,32 $\pm$ 0,89 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

	Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği		Kendini Damgalama Alt Boyutu		Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu		Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu		Tedavi Uyumu Alt Boyutu		Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	
	Ortalama ± SS ***	Ortanca (Min *-Max**)	Ortalama ± SS ***	Ortanca (Min *-Max**)	Ortalama ± SS ***	Ortanca (Min *-Max**)	Ortalama ± SS ***	Ortanca (Min *-Max**)	Ortalama ± SS ***	Ortanca (Min *-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min *-Max**)
Cinsiyet												
Kadın	53,93 ± 5,83	54 (42 - 68)	3,22 ± 0,69	3,29 (1,6 - 4,3)	2,51 ± 0,76	2,4 (1 - 4,4)	2,47 ± 0,76	2,25 (1 - 4,5)	3,46 ± 0,89	3,6 (1,2 - 5)	2,91 ± 0,4	2,86 (2 - 4)
Erkek	52,24 ± 6,58	53,5 (36 - 65)	3,12 ± 0,7	3,14 (1,6 - 4,4)	2,71 ± 0,77	2,6 (1,4 - 4,6)	2,2 ± 0,87	2 (1 - 3,8)	3,2 ± 0,89	3,2 (1 - 5)	2,81 ± 0,46	2,77 (1,7 - 3,8)
Test İst.	1,484		0,765		1537,000		1415,000		1,593		1,361	
P	0,140 ^a		0,446 ^a		0,169 ^c		0,043^c		0,114 ^a		0,176 ^a	
Medeni Durumu												
Evli	52,63 ± 6,28	53 (36 - 65)	3,14 ± 0,71	3,29 (1,6 - 4,4)	2,58 ± 0,77	2,6 (1 - 4,6)	2,34 ± 0,84	2,25 (1 - 4,3)	3,28 ± 0,93	3,4 (1 - 5)	2,84 ± 0,44	2,82 (1,7 - 3,8)
Bekar	54,52 ± 6,08	55 (42 - 68)	3,27 ± 0,62	3,29 (2,3 - 4,3)	2,72 ± 0,78	2,6 (1,8 - 4,2)	2,29 ± 0,8	2,25 (1 - 4,5)	3,46 ± 0,77	3,4 (2 - 4,6)	2,93 ± 0,41	2,85 (2,4 - 4)
Test İst.	-1,382		-0,857		1143,500		1198,000		1113,500		-1,027	
P	0,170 ^a		0,393 ^a		0,480 ^c		0,716 ^c		0,370 ^c		0,306 ^a	
Eğitim Durumu												
Okuryazar Değil	51,95 ± 5,33	53 (42 - 60)	2,96 ± 0,63	3,07 (1,7 - 3,9)	2,58 ± 0,79	2,4 (1,6 - 4,4)	2,24 ± 0,8	2,13 (1 - 3,8)	3,34 ± 1,04	3,7 (1,2 - 4,4)	2,78 ± 0,42	2,66 (2 - 3,7)
Okuryazar	55,27 ± 4,77	55 (48 - 65)	3,3 ± 0,63	3,29 (1,6 - 4,3)	2,59 ± 0,66	2,6 (1,6 - 4,2)	2,42 ± 0,68	2,5 (1,3 - 3,8)	3,36 ± 0,88	3,4 (2 - 5)	2,92 ± 0,36	2,89 (2,3 - 3,7)
İlköğretim	51,65 ± 7,08	52,5 (36 - 68)	3,05 ± 0,7	3 (1,9 - 4,4)	2,55 ± 0,83	2,4 (1,4 - 4,6)	2,28 ± 1	2 (1 - 4,5)	3,24 ± 0,81	3,4 (1,4 - 4,6)	2,78 ± 0,52	2,65 (1,7 - 4)
Ortaöğretim ve Üzeri	53,26 ± 6,73	54 (39 - 64)	3,34 ± 0,77	3,43 (1,6 - 4,3)	2,76 ± 0,79	2,8 (1 - 4,6)	2,36 ± 0,75	2,25 (1 - 3,8)	3,38 ± 0,96	3,4 (1 - 5)	2,96 ± 0,38	2,96 (2,3 - 3,8)
Test İst.	2,346		1,997		2,626		2,009		0,785		1,399	
P	0,076 ^b		0,118 ^b		0,453 ^d		0,570 ^d		0,853 ^d		0,247 ^b	
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	47,9 ± 9,1	48 (36 - 64)	3,19 ± 0,74	3,14 (2,3 - 4,3)	2,28 ± 0,81	2,2 (1 - 3,8)	1,78 ± 0,73	1,63 (1 - 3,5)	2,7 ± 0,98	2,6 (1,4 - 5)	2,49 ± 0,45	2,47 (1,7 - 3,1)
Çalışmıyor	53,53 ± 5,77	54 (39 - 68)	3,17 ± 0,69	3,29 (1,6 - 4,4)	2,64 ± 0,76	2,6 (1,4 - 4,6)	2,38 ± 0,82	2,25 (1 - 4,5)	3,38 ± 0,87	3,4 (1 - 5)	2,89 ± 0,42	2,86 (1,8 - 4)
Test İst.	-1,921		547,000		416,000		298,000		292,500		272,00	
P	0,085 ^a		0,977 ^c		0,201 ^c		0,016^c		0,014^c		0,009^c	

*Min: Minimum, ** Max: Maximum, ***SS: Standart Sapma, ^a Bağımsız örnekler t testi, ^b Tek Yönlü varyans analizi; ^c Mann Whitney U testi; ^d Kruskal Wallis testi

Tablo 4.4’te sosyodemografik özellikler ile ölçek puanlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Cinsiyet ile “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyut puanı ortanca değerleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p=0,043$). Çalışma durumu ile “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p=0,009$), alt boyutları olan “Sağlık Bakım Etkinliği” ($p=0,016$), “Tedavi Uyumu” ($p=0,014$) puanı ortanca değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.5. Hastaların Yaşları ile Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puanları ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki ($n=120$)

		Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği	Kendini Damgalama Alt Boyutu	Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu	Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu	Tedavi Uyumu Alt Boyutu	Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği
Yaş	r	0,102	-0,056	0,03	-0,045	0,234	0,037
	p	0,269	0,541	0,746	0,622	0,010	0,691

r: Spearman’s rho korelasyon katsayısı

Tablo 4.5.’te hastaların yaşı ile ölçek puanlarının karşılaştırması verilmiştir. Yaş ile “Tedavi Uyumu” alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,234$; $p=0,010$).

Tablo 4.6. Hastalığa Özgü Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

	Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği		Kendini Damgalama Alt Boyutu		Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu		Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu		Tedavi Uyumu Alt Boyutu		Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	
	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)
BKİ Değerlendirme												
Sağlıklı (18,5-24,9)	54,78 ± 5,67	54 (40 - 65)	3,22 ± 0,68	3,29 (1,9 - 4,4)	2,77 ± 0,86	2,6 (1,4 - 4,6)	2,36 ± 0,85	2 (1,3 - 3,8)	3,29 ± 0,91	3,2 (1,4 - 5)	2,91 ± 0,53	2,89 (1,7 - 3,8)
Aşırı Kilolu (25-29,9)	53,46 ± 6,23	54 (39 - 68)	3,14 ± 0,71	3,21 (1,6 - 4,3)	2,68 ± 0,77	2,6 (1 - 4,2)	2,46 ± 0,89	2,38 (1 - 4,5)	3,42 ± 0,86	3,4 (1 - 5)	2,92 ± 0,45	2,87 (1,8 - 4)
Obez (30-39,9)	52,33 ± 6,59	53 (36 - 65)	3,13 ± 0,66	3,14 (1,7 - 4,3)	2,46 ± 0,67	2,4 (1,4 - 4,6)	2,15 ± 0,72	2,25 (1 - 3,8)	3,31 ± 0,95	3,6 (1,2 - 5)	2,76 ± 0,37	2,76 (2 - 3,7)
Morbid Obez (40 Üstü)	48,71 ± 4,82	50 (42 - 55)	3,31 ± 0,86	3,43 (1,6 - 4,3)	2,57 ± 1,07	2,2 (1,4 - 4,4)	2,5 ± 0,98	2,25 (1,5 - 3,8)	2,89 ± 0,79	3 (1,4 - 3,8)	2,82 ± 0,39	2,56 (2,5 - 3,5)
Test İst.	2,002		0,218		3,541		2,355		2,222		3,832	
P	0,118 ^b		0,884 ^b		0,170 ^d		0,502 ^d		0,528 ^d		0,280 ^d	
Hipertansiyon Tanı Yılı												
0-5 Yıl	51,46 ± 7,35	53,5 (36 - 64)	3,2 ± 0,76	3,21 (1,6 - 4,4)	2,48 ± 0,79	2,4 (1 - 4,2)	2,05 ± 0,71	2 (1 - 3,8)	3,28 ± 0,99	3,3 (1,4 - 5)	2,75 ± 0,43	2,79 (1,7 - 3,6)
5-10 Yıl	53,12 ± 6,16	53 (41 - 68)	3,01 ± 0,67	3 (1,6 - 4,1)	2,69 ± 0,83	2,6 (1,4 - 4,6)	2,38 ± 0,93	2,25 (1 - 4,5)	3,25 ± 0,75	3,4 (1,6 - 4,6)	2,83 ± 0,46	2,64 (2 - 4)
10-15 Yıl	53,79 ± 5,7	54 (42 - 65)	3,25 ± 0,67	3,29 (1,7 - 4,3)	2,63 ± 0,73	2,6 (1,4 - 4,6)	2,43 ± 0,79	2,5 (1 - 3,8)	3,38 ± 0,93	3,5 (1 - 5)	2,92 ± 0,42	2,89 (2 - 3,8)
Test İst.	1,315		1,258		0,989		4,011		0,905		1,529	
P	0,272 ^b		0,288 ^b		0,610 ^d		0,135 ^d		0,636 ^d		0,221 ^b	
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu												
Evet	53,82 ± 5,67	54 (39 - 68)	3,12 ± 0,66	3,29 (1,6 - 4,3)	2,64 ± 0,76	2,6 (1 - 4,6)	2,42 ± 0,79	2,25 (1 - 4,5)	3,46 ± 0,79	3,6 (1,4 - 5)	2,91 ± 0,4	2,87 (2 - 4)
Hayır	45,55 ± 7,17	44 (36 - 60)	3,61 ± 0,85	4,14 (2,1 - 4,4)	2,29 ± 0,75	2,2 (1,4 - 3,4)	1,48 ± 0,73	1,5 (1 - 3,5)	1,91 ± 0,6	2 (1 - 3)	2,32 ± 0,43	2,33 (1,7 - 3,3)
Test İst.	4,501		220,5		444		177,5		73,5		149,5	
P	<0,001 ^a		0,001 ^c		0,156 ^c		<0,001 ^c		<0,001 ^c		<0,001 ^c	
Ailede Hipertansiyon Varlığı												
Evet	53,19 ± 6,67	54 (36 - 68)	3,26 ± 0,66	3,29 (1,7 - 4,4)	2,58 ± 0,79	2,5 (1 - 4,4)	2,39 ± 0,88	2,38 (1 - 4,5)	3,35 ± 0,94	3,6 (1 - 5)	2,89 ± 0,45	2,85 (1,8 - 4)
Hayır	52,91 ± 5,81	53 (39 - 65)	3,06 ± 0,72	3,14 (1,6 - 4,3)	2,65 ± 0,75	2,6 (1,4 - 4,6)	2,26 ± 0,76	2 (1 - 4,3)	3,29 ± 0,85	3,4 (1,2 - 4,8)	2,82 ± 0,41	2,77 (1,7 - 3,8)
Test İst.	1713		1,604		1702		1649,5		1742		0,965	
P	0,677 ^c		0,111 ^a		0,635 ^c		0,451 ^c		0,792 ^c		0,337 ^a	
Hipertansiyon Nedeniyle Hastane Acil Servisine Başvuru Durumu												
Evet	52,55 ± 6,02	53 (36 - 65)	3,31 ± 0,64	3,43 (1,7 - 4,4)	2,62 ± 0,75	2,4 (1,4 - 4,6)	2,26 ± 0,85	2 (1 - 4,3)	3,19 ± 0,86	3,2 (1,2 - 5)	2,84 ± 0,42	2,84 (1,8 - 3,8)
Hayır	53,85 ± 6,6	54 (39 - 68)	2,95 ± 0,72	3 (1,6 - 4,3)	2,6 ± 0,8	2,6 (1 - 4,6)	2,44 ± 0,79	2,25 (1 - 4,5)	3,53 ± 0,92	3,8 (1 - 5)	2,88 ± 0,46	2,85 (1,7 - 4)
Test İst.	-1,114		1204		1711,5		1456,5		-2,054		-0,469	
P	0,268 ^a		0,006 ^c		0,983 ^c		0,161 ^c		0,042 ^a		0,640 ^a	
Hipertansiyon Nedeniyle Hastaneye Yatış Durumu												
1 Kez	53,16 ± 6,72	54 (36 - 68)	3,12 ± 0,74	3,14 (1,6 - 4,4)	2,46 ± 0,72	2,4 (1 - 4,6)	2,31 ± 0,79	2,25 (1 - 4,5)	3,32 ± 0,92	3,4 (1 - 5)	2,8 ± 0,44	2,76 (1,7 - 4)
2 Kez	53,44 ± 5,48	53 (42 - 64)	3,27 ± 0,57	3,43 (2 - 4,3)	2,82 ± 0,79	2,8 (1,4 - 4,6)	2,34 ± 0,93	2 (1 - 4,3)	3,4 ± 0,85	3,6 (1,4 - 4,8)	2,96 ± 0,42	2,93 (2,4 - 3,7)
3 Kez ve Daha Fazla	51,54 ± 5,43	52 (42 - 60)	3,21 ± 0,74	3,14 (1,9 - 4,3)	3 ± 0,79	2,8 (1,8 - 4,4)	2,4 ± 0,81	2,25 (1 - 3,8)	3,15 ± 0,92	3 (1,2 - 4,4)	2,94 ± 0,45	2,95 (2 - 3,5)
Test İst.	0,998		0,53		8,883		0,296		0,712		1,69	
P	0,610 ^d		0,590 ^b		0,012 ^d		0,862 ^d		0,701 ^d		0,189 ^b	
Hipertansiyon ile İlgili Eğitim Alma Durumu												
Evet	54,36 ± 6,05	55 (41 - 68)	3,14 ± 0,62	3 (1,7 - 4,3)	2,58 ± 0,68	2,4 (1,4 - 4,6)	2,43 ± 0,92	2,5 (1 - 4,5)	3,42 ± 0,82	3,6 (1,2 - 4,6)	2,89 ± 0,47	2,85 (2 - 4)
Hayır	52,36 ± 6,3	53 (36 - 65)	3,19 ± 0,73	3,29 (1,6 - 4,4)	2,63 ± 0,81	2,6 (1 - 4,6)	2,27 ± 0,77	2,25 (1 - 4,3)	3,27 ± 0,93	3,4 (1 - 5)	2,84 ± 0,42	2,83 (1,7 - 3,7)
Test İst.	1,68		1522		1599,5		1485,5		1643,5		0,656	
P	0,096 ^a		0,522 ^c		0,832 ^c		0,399 ^c		0,335 ^c		0,513 ^a	

Tablo 4.6. Hastalığa Özgü Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=120) (devamı)

	Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği		Kendini Damgalama Alt Boyutu		Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu		Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu		Tedavi Uyumu Alt Boyutu		Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	
	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)	Ortalama ± SS***	Ortanca (Min*-Max**)
Hastalık Sürecinde Sosyal Destek Alma Durumu												
Evet	53,82 ± 6,62	54 (36 - 68)	3,18 ± 0,68	3,29 (1,6 - 4,3)	2,65 ± 0,77	2,6 (1 - 4,6)	2,47 ± 0,9	2,5 (1 - 4,5)	3,43 ± 0,89	3,6 (1 - 5)	2,93 ± 0,42	2,92 (2 - 4)
Hayır	51,96 ± 5,58	53 (39 - 65)	3,16 ± 0,72	3,14 (1,9 - 4,4)	2,56 ± 0,77	2,4 (1,4 - 4,6)	2,13 ± 0,67	2 (1 - 3,8)	3,16 ± 0,88	3,2 (1,2 - 4,8)	2,75 ± 0,44	2,66 (1,7 - 3,7)
Test İst.	1,608		0,152		1556		1370,5		1451,5		2,276	
P	0,110 ^a		0,880 ^a		0,325 ^c		0,048^c		0,123 ^c		0,025^a	
Tansiyonunu Düzenli Aralıklarla Ölçme Durumu												
Evet	53,63 ± 6,32	54 (39 - 68)	3,17 ± 0,7	3,29 (1,6 - 4,4)	2,64 ± 0,79	2,6 (1 - 4,6)	2,4 ± 0,82	2,25 (1 - 4,5)	3,38 ± 0,88	3,4 (1 - 5)	2,9 ± 0,43	2,87 (1,7 - 4)
Hayır	49,59 ± 4,73	51 (36 - 56)	3,14 ± 0,7	3,29 (1,9 - 4,1)	2,45 ± 0,6	2,4 (1,4 - 3,8)	1,9 ± 0,74	1,75 (1 - 3,5)	2,95 ± 0,94	3,2 (1,2 - 4,8)	2,61 ± 0,37	2,56 (2 - 3,3)
Test İst.	513,5		0,167		768		556		634		2,593	
P	0,006^c		0,867 ^a		0,417 ^c		0,016^c		0,068 ^c		0,011^a	
Tansiyonun Çoğunlukla Kim Tarafından Ölçüldüğü												
Kendisi	53,9 ± 6,79	55 (39 - 68)	3,09 ± 0,73	3,14 (1,6 - 4,4)	2,69 ± 0,79	2,6 (1 - 4,6)	2,51 ± 0,85	2,5 (1 - 4,5)	3,48 ± 0,85	3,6 (1 - 5)	2,95 ± 0,42	2,9 (1,8 - 4)
Yakını/Komşusu	53,8 ± 5,42	54 (40 - 64)	3,32 ± 0,62	3,43 (1,6 - 4,3)	2,54 ± 0,84	2,4 (1,4 - 4,2)	2,18 ± 0,77	2 (1 - 3,8)	3,3 ± 0,95	3,4 (1,4 - 5)	2,83 ± 0,46	2,86 (1,7 - 3,7)
Sağlık Çalışanları	51,4 ± 4,9	52 (41 - 57)	3,34 ± 0,62	3,36 (2,3 - 4,3)	2,56 ± 0,71	2,4 (1,6 - 3,6)	2,18 ± 0,66	2,13 (1,3 - 3,5)	2,92 ± 0,77	2,8 (2 - 4)	2,75 ± 0,43	2,7 (2 - 3,5)
Test İst.	1,973		1,297		1,037		4,159		4,494		1,272	
P	0,373 ^d		0,278 ^b		0,596 ^d		0,125 ^d		0,106 ^d		0,285 ^b	
Tansiyonundaki Değişimi Fark Edebilme Durumu												
Evet	53,69 ± 6,24	54 (39 - 68)	3,21 ± 0,68	3,29 (1,6 - 4,3)	2,64 ± 0,77	2,6 (1,4 - 4,6)	2,43 ± 0,84	2,25 (1 - 4,5)	3,44 ± 0,81	3,6 (1 - 5)	2,93 ± 0,42	2,89 (2 - 4)
Hayır	51,74 ± 6,18	53 (36 - 64)	3,09 ± 0,73	3,14 (1,6 - 4,4)	2,54 ± 0,76	2,6 (1 - 4,6)	2,12 ± 0,75	2 (1 - 4,3)	3,07 ± 1	3 (1,2 - 5)	2,7 ± 0,42	2,63 (1,7 - 3,4)
Test İst.	1344,5		1428,5		1486,5		1238,5		1191		2,753	
P	0,187 ^c		0,397 ^c		0,601 ^c		0,055 ^c		0,029^c		0,007^a	
Gün İçerisinde Yeterli Hareket Etme Durumu												
Evet	53,82 ± 6,41	54 (36 - 68)	3,09 ± 0,75	3,14 (1,6 - 4,4)	2,83 ± 0,85	2,6 (1,4 - 4,6)	2,41 ± 0,81	2,25 (1 - 4,5)	3,29 ± 0,85	3,3 (2 - 5)	2,91 ± 0,44	2,85 (2 - 4)
Hayır	52,51 ± 6,14	53 (39 - 65)	3,22 ± 0,65	3,29 (1,6 - 4,3)	2,45 ± 0,66	2,4 (1 - 4,4)	2,28 ± 0,84	2,13 (1 - 4,3)	3,34 ± 0,93	3,4 (1 - 5)	2,82 ± 0,43	2,81 (1,7 - 3,8)
Test İst.	1,128		-1,037		1334		1588		1641,5		1,004	
P	0,262 ^a		0,302 ^a		0,026^c		0,386 ^c		0,562 ^c		0,318 ^a	
Hastalığın Neden Olduğu Yaşam Değişikliklerine Uyumu												
Evet	56,29 ± 4,65	56,5 (47 - 68)	3,08 ± 0,67	3,14 (1,6 - 4,3)	2,71 ± 0,77	2,6 (1,6 - 4,6)	2,78 ± 0,72	2,63 (1,5 - 4,5)	3,65 ± 0,74	3,9 (1,4 - 5)	3,05 ± 0,4	3,05 (2,2 - 4)
Hayır	49,11 ± 5,71	49 (36 - 64)	3,28 ± 0,71	3,36 (1,6 - 4,4)	2,49 ± 0,75	2,4 (1 - 4,6)	1,78 ± 0,58	1,75 (1 - 3,8)	2,91 ± 0,9	2,9 (1 - 5)	2,62 ± 0,35	2,58 (1,7 - 3,3)
Test İst.	583,5		1468,5		1516,5		506,5		910		6,301	
P	<0,001^c		0,097 ^c		0,160 ^c		<0,001^c		<0,001^c		<0,001^a	

*Min: Minimum, ** Max: Maximum, ***SS: Standart Sapma, ^a Bağımsız örnekler t testi; ^b Tek Yönlü varyans analizi; ^c Mann Whitney U testi; ^d Kruskal Wallis testi

Tablo 4.6.'da hastalığa özgü özelliklere göre ölçek toplam puanları ve alt boyutlarının karşılaştırması verilmiştir.

Hastaların ilaçlarını kullanma durumları ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p<0,001$) puanı ortalama değeri ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p<0,001$) puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlaç kullanımı ile “Kendini Damgalama” alt boyutu ($p=0,001$), “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p<0,001$) ve “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p<0,001$) puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Hipertansiyon nedeniyle acil servise başvuran hastalar ile “Kendini Damgalama” alt boyutu ($p=0,006$) puanı ortanca değeri ve “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p=0,042$) puanı ortalama değeri arasında anlamlı farklılık görülmüştür.

Hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastaların “Damgalamayla Baş Etme” alt boyut puanı ortanca değeri arasında farklılık bulunmuştur ($p=0,012$).

Hastaların hastalık sürecince ailesi veya sağlık çalışanlarından sosyal destek alma durumu ile “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p=0,025$) puanı ortalama değeri ve “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p=0,048$) puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tansiyon ölçümü yaptıran hastalar ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p=0,006$) puanı ortanca değeri, “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p=0,011$) puanı ortalama değeri ve “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p=0,016$) puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık görülmüştür.

Tansiyonundaki değişimi fark eden hastalar ile “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p=0,029$) puanı ortanca değeri ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p=0,007$) puanı ortalama değeri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Gün içerisinde yeterli hareket eden hastalar ile “Damgalama ile Baş Etme” alt boyutu puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,026$).

Hipertansiyon hastalığının neden olduğu yaşam değişikliğine uyum sağlayan hastalar ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p<0,001$), “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p<0,001$), “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p<0,001$) puanı ortanca değerleri ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p<0,001$) puanı ortalama değeri arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Beslenmeye Özgü Özelliklere Göre Hipertansiyon Öz Etkililik, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

	Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği		Kendini Damgalama Alt Boyutu		Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu		Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu		Tedavi Uyumu Alt Boyutu		Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	
	Ortalama ± SS	Ortanca (min-max)	Ortalama ± SS	Ortanca (min-max)	Ortalama ± SS	Ortanca (min-max)	Ortalama ± SS	Ortanca (min-max)	Ortalama ± SS	Ortanca (min-max)	Ortalama ± SS	Ortanca (min-max)
Hipertansiyona Özel Diyet Uygulama Durumu												
Tuzsuz Diyet	54,66 ± 4,69 ^b	54 (42 - 65)	3,23 ± 0,64	3,43 (2 - 4,3)	2,45 ± 0,66	2,4 (1 - 3,8)	2,48 ± 0,78	2,25 (1,3 - 4,3) ^b	3,5 ± 0,71 ^b	3,6 (2 - 5)	2,92 ± 0,39 ^b	2,86 (2,2 - 3,7)
Tuzsuz-Yağsız Diyet	56,97 ± 4,69 ^c	57 (48 - 68)	3,09 ± 0,71	3 (1,6 - 4,4)	2,82 ± 0,86	2,6 (1,4 - 4,6)	2,78 ± 0,73	2,5 (1,5 - 4,5) ^b	3,58 ± 0,88 ^b	4 (1,4 - 5)	3,07 ± 0,42 ^b	3,1 (2,3 - 4)
Diyet Uygulamıyorum	47,47 ± 5,36 ^a	48,5 (36 - 58)	3,17 ± 0,75	3,29 (1,6 - 4,3)	2,62 ± 0,77	2,6 (1,4 - 4,6)	1,72 ± 0,59	1,5 (1 - 3,5) ^a	2,86 ± 0,95 ^a	2,8 (1 - 4,8)	2,59 ± 0,38 ^a	2,58 (1,7 - 3,5)
Test İst.	38,163		0,456		2,413		33,781		8,301		14,049	
P	<0,001**		0,635***		0,094***		<0,001****		<0,001**		<0,001**	
Fast Food (Hazır/ Hızlı Yemek) Tüketimi												
Evet	48,55 ± 8,41	49 (36 - 60)	3,29 ± 0,75	3,29 (2 - 4,3)	2,44 ± 0,62	2,4 (1,6 - 3,8)	2,14 ± 0,78	2,25 (1 - 3,5)	2,95 ± 0,91	2,6 (2 - 4,4)	2,7 ± 0,38	2,6 (2 - 3,1)
Hayır	53,51 ± 5,86	54 (39 - 68)	3,16 ± 0,69	3,29 (1,6 - 4,4)	2,63 ± 0,78	2,6 (1 - 4,6)	2,35 ± 0,83	2,25 (1 - 4,5)	3,36 ± 0,89	3,4 (1 - 5)	2,87 ± 0,44	2,85 (1,7 - 4)
Test İst.	-1,914		541,5		519		524,5		428,5		-1,257	
P	0,082*		0,597***		0,462***		0,493***		0,119***		0,211*	
Günlük Tuz Tüketimi												
1 Çay Kaşığından Az	59,3 ± 6 ^c	60 (49 - 68)	2,9 ± 0,82	2,71 (1,6 - 4,1)	2,76 ± 0,77	2,6 (1,4 - 4,2)	2,95 ± 0,81	2,75 (1,8 - 4,5) ^b	4,02 ± 0,71	4 (2,4 - 5) ^{bc}	3,16 ± 0,47	3,11 (2,4 - 4) ^b
1 Çay Kaşığı	54,72 ± 4,38 ^b	55 (47 - 64)	3,06 ± 0,61	3 (1,7 - 4,1)	2,48 ± 0,7	2,4 (1,6 - 4,2)	2,47 ± 0,69	2,25 (1,3 - 3,8) ^b	3,86 ± 0,72	4 (1,4 - 5) ^b	2,96 ± 0,37	2,88 (2,4 - 3,7) ^b
1 Tatlı Kaşığı	53,6 ± 5,56 ^b	54 (39 - 64)	3,18 ± 0,71	3,29 (1,9 - 4,4)	2,61 ± 0,8	2,6 (1 - 4,6)	2,46 ± 0,78	2,25 (1 - 3,8) ^b	3,17 ± 0,78	3,2 (1,4 - 5) ^a	2,86 ± 0,45	2,85 (1,7 - 3,8) ^{ab}
1 Çorba Kaşığı	48 ± 6,16 ^a	48 (36 - 65)	3,39 ± 0,68	3,43 (1,6 - 4,3)	2,72 ± 0,8	2,6 (1,4 - 4,6)	1,74 ± 0,76	1,5 (1 - 4,3) ^a	2,66 ± 0,76	2,6 (1 - 4,4) ^a	2,63 ± 0,37	2,55 (2 - 3,6) ^a
Test İst.	14,07		6,12		2,532		25,419		36,665		15,714	
P	<0,001**		0,106****		0,470****		<0,001****		<0,001****		0,001****	
Her Öğünde Yemek Masasına Tuzluk Koyma Durumu												
Evet	51,16 ± 6,72	52 (39 - 64)	3,15 ± 0,74	3,29 (1,6 - 4,3)	2,6 ± 0,77	2,4 (1,4 - 4,2)	2,14 ± 0,78	2 (1 - 3,8)	3,36 ± 0,92	3,4 (1 - 5)	2,81 ± 0,45	2,78 (1,7 - 3,7)
Hayır	54,37 ± 5,6	54 (36 - 68)	3,19 ± 0,66	3,29 (1,6 - 4,4)	2,62 ± 0,77	2,6 (1 - 4,6)	2,46 ± 0,83	2,25 (1 - 4,5)	3,3 ± 0,88	3,4 (1,2 - 5)	2,89 ± 0,43	2,85 (2 - 4)
Test İst.	-2,742		1713		1690,5		1351		1656,5		-1,008	
P	0,007*		0,887***		0,793***		0,037***		0,657***		0,316*	
Sıklıkla Çay/Kahve Tüketimi												
Evet	51,9 ± 6,81	52 (39 - 68)	3,09 ± 0,69	3,14 (1,9 - 4,3)	2,69 ± 0,81	2,6 (1,4 - 4,6)	2,25 ± 0,85	2 (1 - 4,5)	3,15 ± 0,93	3 (1 - 5)	2,79 ± 0,46	2,74 (1,7 - 4)
Hayır	54,22 ± 5,47	55 (36 - 65)	3,25 ± 0,69	3,29 (1,6 - 4,4)	2,54 ± 0,72	2,6 (1 - 4,4)	2,41 ± 0,8	2,25 (1 - 4,3)	3,49 ± 0,83	3,6 (1,4 - 5)	2,92 ± 0,4	2,89 (2,2 - 3,8)
Test İst.	-2,054		-1,244		1652,5		1587,5		1406,5		-1,616	
P	0,042*		0,216*		0,437***		0,262***		0,038***		0,109*	
Sigara Kullanım Durumu												
Evet	49,31 ± 7,06	48,5 (39 - 61)	2,88 ± 0,78	3,07 (1,6 - 4,1)	2,73 ± 0,89	2,6 (1,6 - 4,6)	1,98 ± 0,76	1,88 (1 - 3,5)	2,89 ± 1,13	2,6 (1 - 5)	2,62 ± 0,5	2,6 (1,7 - 3,6)
Hayır	53,63 ± 5,96	54 (36 - 68)	3,21 ± 0,67	3,29 (1,6 - 4,4)	2,59 ± 0,75	2,6 (1 - 4,6)	2,38 ± 0,83	2,25 (1 - 4,5)	3,39 ± 0,84	3,4 (1,2 - 5)	2,89 ± 0,41	2,86 (2 - 4)
Test İst.	-2,634		620,5		779,5		600		573,5		-2,414	
P	0,010*		0,102***		0,684***		0,072***		0,045***		0,017*	

*Bağımsız örnekler t testi; **Tek Yönlü varyans analizi; ***Mann Whitney U testi; ****Kruskal Wallis testi

Tablo 4.7.'de beslenmeye özgü özelliklere göre ölçek toplam puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırması verilmiştir.

Hipertansiyona özgü diyet uygulayan hastalar ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p<0,001$), “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p<0,001$) “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p<0,001$) puanı ortalama değerleri ve “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p<0,001$) puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Günlük tuz tüketimi ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p<0,001$) puanı ortalama değeri ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p<0,001$), “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p<0,001$), “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p<0,001$) puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Her öğünde yemek masasına tuzluk koymayan hastalar ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p=0,007$) puanı ortalama değeri ve “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ($p=0,037$) puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Çay/Kahve tüketmeyenler ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanı ortalama değeri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,042$).

Sigara kullanmayan hastalar ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” ($p=0,010$) ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ($p=0,017$) puanı ortalama değerleri, “Tedavi Uyumu” alt boyutu ($p=0,045$) puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.8. Hipertansiyon Öz Etkililik ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki (n=120)

		Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği	Kendini Damgalama Alt Boyutu	Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu	Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu	Tedavi Uyumu Alt Boyutu
Kendini Damgalama Alt Boyutu	r	0,020*				
	p	0,825				
Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu	r	0,324*	-0,100*			
	p	<0,001	0,278			
Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu	r	0,637*	-0,037*	0,414*		
	p	<0,001	0,69	<0,001		
Tedavi Uyumu Alt Boyutu	r	0,371*	-0,223*	-0,059*	0,330*	
	p	<0,001	0,015	0,521	<0,001	
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	r	0,633**	0,201*	0,531*	0,815*	0,531*
	p	<0,001	0,028	<0,001	<0,001	<0,001

* Sperarman's rho korelasyon katsayısı; **Pearson Korelasyon katsayısı

Tablo 4.8.'de ölçek toplam puanları ve alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,633$; $p<0,001$). “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” alt boyutları olan “Damgalamayla Baş Etme” ($r=0,324$; $p<0,001$) ve “Tedavi Uyumu” ($r=0,371$; $p<0,001$) ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur ($r=0,637$; $p<0,001$). “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu ile “Damgalamayla Baş Etme” alt boyutu puanları arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki belirlenmiştir ($r=0,414$; $p<0,001$). “Tedavi Uyumu” ile “Kendini Damgalama” alt boyut puanları arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,223$; $p=0,015$). “Tedavi Uyumu” ile “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0,33$; $p<0,001$). “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Kendini Damgalama” alt boyutu puanları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,201$; $p=0,028$). “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Damgalamayla Baş Etme” ($r=0,531$; $p<0,001$) ve “Tedavi Uyumu” ($r=0,531$; $p<0,001$) alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki belirlenmiştir. “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Sağlık Bakım Etkinliği” alt boyutu puanları arasında anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,815$; $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile seyreden toplumlarda sık görülen, kontrolü zor, mortalite ve morbidite oranları yüksek kronik bir hastalıktır. Hipertansiyon tedavisinde amaç; kan basıncı kontrolünün sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır [54]. Hipertansiyonda ilaç tedavisine uyum iyi olmasına karşın yaşam değişikliklerine uyumun yeterli olmadığı görülmektedir [55-57]. İlaç tedavisinin beraberinde sağlıklı yaşam davranışlarının hayata geçirilmesiyle hastalığın olumsuz etkilerinin ortadan kalkması beklenmektedir [58].

Hipertansiyonlu Hastaların Öz Etkililik ve Öz Yönetimlerini Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması

Çalışmada hastaların yaş ortalamaları 66,76'dır. Literatürde bulgumuza benzer şekilde hastalığın görülme sıklığının yaş ile arttığı belirtilmektedir [59-63]. PatenT2'ye göre hipertansiyonun, 18-29 yaş arası görülme sıklığı %5 iken, 60-69 yaş arası %67,9, 70-79 yaş arası %85,2 ve 80 yaş ve üzeri hastalarda ise %76,2'dir [64 ve 65]. ACCF/AHA 2011 Uzman Konsensüs Belgesi verilerine göre; hipertansiyon prevalansı 45-55 yaş arası %30 iken, 60'lı yaşlardan sonra %60-70'lere çıkmaktadır [66].

Çalışmada hastaların çoğunluğunun erkek olduğu belirlenmiştir. Yadav vd. [67] ve Kurt [18] benzer şekilde çalışma yapmışlardır. Yapılan başka çalışmalarda ise, kadın hastalarda erkek hastalara göre HT görülme sıklığının daha fazla olduğu ifade edilmiştir [68 ve 69]. Kadınlarda menopoz öncesi östrojen düzeyinin yüksek olması ve kan hacmi düşüklüğü nedeni ile erkeklere nazaran HT daha az görülürken; menopoz sonrası dönemde daha sık görülmesi östrojenin azalması ve vücut yağ kitlesinin artması gibi nedenlere bağlıdır [61 ve 62].

Çalışmada kadın hastaların sağlık bakım etkinliği düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyetlere göre bireylerin sağlık bakım arayışları fark etmektedir. Yardımcı vd. [70] çalışmasında kadınların erkeklere kıyasla fiziksel aktivite olarak yürüyüş yaptıkları, hipertansiyona yönelik diyet uyguladıkları ve sigara içmedikleri vurgulamıştır. Acar [71] yaptığı çalışmasında, kadınların erkeklere göre ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Literatürde erkek hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [72 ve 73]. Barile vd. [74], hastalığa yönelik kadın hastaların erkeklere göre hem fizyolojik hem de psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettiğini belirtmiştir. Kadınların erkeklere göre, erken dönemde sağlık kuruluşlarına gitmeleri ve

hastalıkları hakkında bilgilendirilmeleri sağlık bakım davranışlarının gelişmesini sağlamaktadır [75].

Çalışmada hastaların %91,7'sinin çalışmadığı görülmüştür. Çalışmayan hipertansif hastaların tedavi uyumu, sağlık bakım etkinliği ve öz yönetim puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun çalışmayan hastaların ev ortamında kendilerine daha iyi bakabilmesi, diyetlerine uyum sağlayabilmesi, ilaçlarını aksatmadan kullanabilmesi ve kontrollerine gidebilmesi için uygun zamanlarının olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Yakınları veya çevresinden destek isteme ya da hastalığı dolayısıyla kendini diğer insanlardan farklı hissetme davranışlarının daha az olmasının çalışma hayatında olmaması ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca çalışmayan hastaların evde diyetle uyumlarının daha kolay olması da bir diğer neden olabilir. Çalışan bireylerde zaman kısıtlılığı nedeniyle bazen ilaç kullanımında aksamalar, işyerinde diyetle uyumda zorlanma, hastalığı önemsememe bazen de hastalığın getirdiği duygusal yönetimde zorlanmalar olabilmektedir. Literatürde benzer şekilde çalışmayan hastaların tedaviye uyumlarının [18] ve bilgi düzeylerinin [16] daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın aksine Bahrom vd. [76] çalışan bireylerin hastalıklarına uyum ve öz yönetimde, Irğa [77] ise, çalışan bireylerin çalışmayanlara göre sosyal uyum sağlamada daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışmada hastaların yaşları ile tedavi uyumları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Yaşlı hasta gruplarının tedavi ve ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [78 ve 79]. Literatürde artan yaş ile hastaların ilaç uyumlarının azaldığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [80 ve 81]. Genellikle ilaç kullanmayı unutma, ilaç bittiğinde temin etmeyi unutma gibi nedenler ile tedavi uyumsuzlukları görülmektedir. [81-83].

Hipertansiyonlu Hastaların Öz Etkililik ve Öz Yönetimlerini Etkileyen Hastalığa Özgü Özelliklerin Tartışılması

Çalışmada hastaların BKİ değerleri incelendiğinde %38,3'ünün aşırı kilolu, %35,8'inin obez olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre yetişkin nüfusunun %34,6'sının fazla kilolu, %30,3'ünün obez olduğu bildirilmektedir [23, 84]. Aşırı kilo periferik damar direnci ve kardiyak debiyi artırarak hipertansiyona yatkınlığı artırdığı gibi hipertansif hastalarda kan basıncının regüle edilmesini engellediği bilinmektedir. Taşçı vd. [85] çalışmasında bireylerin BKİ değerlerine göre %41,8'inin şişman, %15,7'sinin aşırı şişman olduğu görülmüştür. Dağ ve Kahraman'ın [86] çalışmasında ise, hastaların %41,6'sının şişman ve %20,3'ünün obez olduğu belirlenmiştir. NHANES II çalışmasına göre kan

basıncı değeri 45-75 yaş arasında $BKİ > 27 \text{ kg/m}^2$ olan hipertansif hastalarda üç kat, 20-45 yaş grubunda ise, altı kat daha yüksek bulunmuştur [8, 87].

Çalışmada hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile hipertansiyon öz etkililiği arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Literatürde ilaca bağlılık ve uyumu fazla olan hipertansif bireylerin öz etkililik düzeylerinin yüksek olduğu gösteren araştırmamızla uyumlu çalışmalar bulunmaktadır [88 ve 89]. Hastaların sağlıklı beslenme, kan basıncı ve doktor kontrolü, ilaç kullanımı, sigara kullanmama gibi yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyon öz etkililik düzeylerini arttırmaktadır. Acar [71] yaptığı çalışmada, doktor kontrollerine zamanında giden hastaların %51'inin ilaçlarını düzenli kullandığını, ilaçlarını düzenli alan hastaların beslenme şekilleri ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarının daha iyi olduğunu tespit etmiştir. Hastaların %51'nin evlerinde tansiyon aleti bulundurduğu, %51,1'inin tansiyonlarını düzenli, %52'sinin bazen ölçtüğü ve bu hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Gün ve Korkmaz'ın [62] çalışmasında, hipertansiyon tedavi uyumu yetersiz hastaların kan basıncı ölçüm sıklığının da az olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada evde kan basıncı ölçümü yapan hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır [90]. Arsu [91] çalışmasında günlük alım miktarından daha fazla tuz tüketen hastaların ilaç uyumlarının yetersiz olduğu belirtmiştir. Literatürde düzenli doktor kontrolüne giden hipertansif hastaların medikal ve yaşam tarzı uyumlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır [91 ve 92]. Sigara kullanımı, ilaca bağlılık ve uyum arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Tümer vd. [93] sigara kullanmayan hipertansif hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu belirlemiştir. Aynı şekilde Fodor vd. [94] yaptığı bir diğer çalışmada sigara içmenin ilaç uyumunu azalttığını tespit etmiştir. Düzenli ilaç kullanan hastaların sağlıklarına verdikleri özen ve önemin yaşam tarzı değişikliklerini de yansıdığı söylenebilir.

Çalışmada ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların kendini damgalama puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Açikel ve Pakyüz'ün [95] çalışmasında tedavilerini ihmal eden hastaların damgalama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların hastalıklarına yönelik farkındalık oluşturmaları için duygu ve düşüncelerini tanımaları gerekmektedir. Dışadönük ve çevresel olaylardan kolaylıkla etkilenebilen bireylerin kendilerini toplumdan farklı hissetme ve yaşantısına yansıtma davranışları görülmektedir. Ardahanlı vd. [96] yaptığı çalışmada yeni tanı alan ya da yeni tedaviye başlanmış hipertansiyon hastalarının aleksitimi oranının %60 olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada kan basıncı düzenlemesinin aleksitimi azalttığını belirtmiştir.

Aile üyeleri, arkadaşları veya sağlık profesyonelleri tarafından sosyal destek alabilen hastalarda kendini damgalama davranışları daha az görülmektedir. Ailesel ilişkileri iyi olan ve destek sağlayabilen hastaların ilaç kullanma ve uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [97 ve 98].

Çalışmada bireylerin %53,3'ünün ailesinde hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Taşçı vd. [85] 400 kişi ile yaptığı bir çalışmada ailesinde hipertansiyon tanısı öyküsü olanların %30,7 olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada ise, katılımcıların %81,1'inin ailesinde hipertansiyon varlığı tespit edilmiştir [54]. Ailesinde daha önce hipertansiyon tespit edilmiş ve tedaviye başlanmış bireylerin varlığı hastaların hastalığa yönelik kendilerini daha dinamik hissetmesini sağlamaktadır. Aile içinde ve çevresinde sosyal uyumlarının artması, tedavi yönetimini ve hastalığın getirdiği psikolojik etkilenmeleri azaltacaktır. Hastaların tedavi uyumları arttıkça mental sağlıklarının daha iyi olduğu [99], yaşam doyumlarının arttığı belirtilmiştir [100 ve 101]. İlaçlarını düzenli alan hastaların hastalıklarına yönelik kendilerini psikososyal açıdan destekleyebildiklerini söylenebilir.

Çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan hastaların sağlık bakım etkinliği puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Altuntaş vd. [102] çalışmalarına katılan hastaların ilaçları hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmiştir. Hastaların hastalıkları, tedavi yöntemleri, ilaçları hakkında bilgilendirilmelerinin tedaviye uyumda etkili olduğu saptanmıştır [103 ve 104]. İlaç tedavisine uyum hipertansiyon hastalığının yönetiminde önemli bir basamaktır. Çalışmada hastaların %48,3'ünün 10-15 yıl arasında HT tanısı aldıkları, %90,8' inin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Tanı yılları arttıkça ilaç uyumlarının da arttığı görülmüştür. Busnello vd. [105] beş yıldan daha kısa süre içerisinde hipertansiyon tanısı konulan hastaların ilaç uyumlarının yetersiz olduğunu bildirmiştir. Aksine Arslantaş vd. [41] çalışmada tanı süresi 11 yıldan daha uzun olan hipertansif hastaların %72,3' ünün ilaç kullanımlarının yetersiz olduğunu saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise tanı yılı ile hastanın tedavi uyumu arasında ilişki bulunamamıştır [106].

Çalışmada hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile tedavi uyumları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların tedavi uyum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bezerra vd. [107], 77 hipertansif hasta ile gerçekleştirdiği bir çalışmada hastaların %87'sinin daha iyi kan basıncı kontrolüne sahip oldukları ve tedaviye uyumlu olduklarını ifade etmiştir. Literatürde hastaların ilaç uyum ve bağlılıklarının yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır [108-111]. Artan yaş ve çoklu ilaç kullanımı ile hastaların ilaç uyumlarının azaldığına dair çalışmalar bulunmaktadır

[112-114]. Teke [115] çalışmasında katılımcıların %89,4'ünün ilaçlarını düzenli aldıkları, %46,2'sinin ise, almama sebebinin unutkanlık olduğunu saptamıştır. HT hastalığında ilaç kullanım sıklığı, zamanı ve kullanım şekillerine uygunluğu kan basıncının regüle edilmesinde önemli rol oynamaktadır. Strömberg vd. [116], hastaların dışarıdayken ve meşgul olduklarında ilaç dozlarını zamanında almadıklarını, değişiklik olduğunu belirtmiştir. Tedaviye uyumun artmasının ilaç kullanımına dikkat etme düzeyini arttırdığı söylenebilir.

Çalışmada hipertansiyon nedeniyle hiç acil servise başvurmadığını ifade eden hastaların tedavi uyumu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, %60,8'inin tansiyon yüksekliği nedeni ile hastane acil servisine başvurduğu görülürken, başka bir çalışmada hastaların %52,4'ünün başvuru yaptığı bildirilmektedir [117]. 24 saat içinde tekrar başvuru en çok hipertansiyon hastalığı nedeni ile olmaktadır [118]. HT'de etkili öz bakım ve tedavi uyumu ile acil servise başvuruların [18], hastane yatışlarının azalacağı, yaşam kalitelerinin artacağını belirtilmiştir [119]. Hastalara verilen eğitimin (uç organ hasarı, doktor kontrolü, yapılacak tetkikler ve düzenli ilaç kullanımı) acil servise başvuruyu azaltacağı vurgulanmıştır [120]. Acil servise başvurmadan ilaç kullanan bireylerin tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu, katılımcıların yarısının altı ay içinde doktor kontrolüne gittikleri belirtilmiştir [121]. Düzenli sağlık kontrollerine gitme ve hastalık hakkında bilgilendirilme yapılmasının tedaviye uyumda etkili olduğu söylenebilir.

Hipertansiyon nedeni ile hastaneye yatan hastalar ile damgalama ile baş etme davranışları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Hastaneye iki veya üç kez yattığını ifade eden hastaların bir kez yatan hastalara göre damgalama ile baş etme puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların kendi sağlıklarını yönetebilmelerinin hastane yatışları ve hastalık semptomlarını azaltması ve yaşam kalitelerinin arttırması beklenmektedir [122]. Hastaların hastalıklarına yaklaşımları, duygusal ve davranışsal baş etme şekilleri farklı olabilmektedir. Sosyal destek yetersizliği anksiyete ve depresyona yatkınlığı artırmakta, uyumu zorlaştırmaktadır [123]. Yalnızca fizyolojik değil, psikolojik ve sosyal açıdan motivasyon sağlayan bireylerin hastane yatış sıklığının da düşeceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada hastalık sürecinde sosyal destek alan hastaların sağlık bakım etkinliği ve hastalık öz yönetim puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %59,2'sinin aileden ya da sağlık çalışanlarından sosyal destek aldıkları bulunmuştur. Literatürde hipertansif hastalarda aileden alınan sosyal desteğin daha fazla olduğunu ve bu

durumun yaşam uyumlarını arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [124-127]. Aile bireylerinin ilaç kullanımını hatırlatması ile zamanında kullanım sağlaması, ilaç ve hastalık uyumunda verilen desteğin önemini göstermiştir [128 ve 129]. Hastalar tanı konulduğu andan itibaren stres, kaygı, anksiyete gibi psikososyal sorunlarla mücadele etmek zorunda kalır. Hastalığın kabulü ve etkin tedavi şekillerine inanma, hastalıkla baş etme ve iyileşme için önemli bir basamaktır. Her hastanın hastalıkla mücadele şekli farklıdır; ama çoğunlukla duygu odaklı (stres, kendini suçlama, aynı düşünceye saplanma, depresyon) yaklaşımla hastalıkla baş etmeye yönelirler [130-133].

Çalışmada hastaların tansiyon ölçüm durumları ile öz etkililik, öz yönetim ve sağlık bakım etkinliği davranışları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tansiyonlarını ölçtüren hastaların öz etkililik, öz yönetim ve sağlık bakım etkinliği puanları ölçtürmeyen hastalara göre daha yüksektir. Bireylerin %85,8'inin tansiyonlarını ölçtürdüğü ve %66'sının kendisi tarafından ölçüm yapıldığı görülmüştür. Oskay vd. [134] yaptığı bir çalışmada hastaların %76,3'ünün kan basıncı ölçümü yaptırdığı ve %24,7'sinin ise, kendisinin ölçüm yaptığını tespit etmiştir. Sonuçlar tansiyonlarını ölçtüren hastaların hipertansiyon hakkında bilgi sahibi olduğu, hastalıkları ve yaşam tarzı değişikliklerine de uyum sağlayabildiklerini göstermektedir. Literatürde kan basıncı kontrolü ile ilaç uyumun ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır [135 ve 136]. Doktor kontrollerine düzenli ve zamanında giden hastaların tansiyon ölçümlerini de doğru bir şekilde yaptıkları [117], yaşam kalitelerinin arttığı vurgulanmaktadır [100]. Sık tansiyon ölçümü yaptıran ya da doktor kontrollerine giden hastaların kan basıncı değerlerinin istenen seviyede olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur [137 ve 138]. Hipertansiyon hastalığının tedavisi, ilaç tedavisi dışında yaşam tarzı değişikliklerini içeren birbirini bütünleyen bir yönetim şeklidir. Tansiyon ölçümlerini düzenli olarak yaptıran hastaların egzersiz, diyet, ilaç kullanımı, doktor kontrolü, stresle baş etme, hastalığa ve tedaviye yönelik bilgi edinme isteklerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmada tansiyonundaki değişimi fark eden hastaların tedavi uyumları ve öz yönetim puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların %67,5'inin kan basıncındaki değişimi fark ettiği görülmüştür. Kendilerini tanıyan, hastalığa yönelik farkındalıkları yüksek olan bireylerin ilaç uyumu ve hastalığın yönetiminde de başarılı oldukları söylenebilir. Çalışmamızın aksine Özpancar [139], çalışmasında tansiyonunun yükseldiğini fark eden hastalar ile fark etmeyen hastaları kıyaslamış ve fark eden hastaların yaşadıkları psikolojik stres nedeniyle yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada bireylerin çoğunun (%65) hipertansiyona yönelik bir eğitim almadığı bulunmuştur. Kanada'da yapılan bir çalışmada [140] ve Oskay vd. [134] hipertansif hastaların hastalığa yönelik eğitim seviyelerinin yetersiz olduğunu, hipertansiyona ilişkin bilgilendirmelerin KB kontrolünü etkileyeceğini belirtmiştir. Batı Nepal'de hastaların hipertansiyon bilgisi ve yaşam tarzı değişikliklerine yönelik yapılan bir çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimin SKB'yi 150 mmHg'dan 137,7'e, DKB'yi ise 104 mmHg'dan 94,5 mmHg'ya düşürdüğü görülmüştür [141].

Çalışmada hastalığın neden olduğu yaşam değişikliğine uyum sağladığını ifade eden hastaların öz etkililik, öz yönetim, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam davranışlarına uyum sağlayan bireylerin ilaç uyumlarının [142] ve günlük yaşama adaptasyonlarının [143], özbakım yönetimlerinin [63] yüksek olduğu bildirilmiştir. Hastalık tanısı konulması ile planlamaların yapılması ve harekete geçilmesi ile istendik davranış değişikliklerinin mümkün olduğu düşünülmektedir.

Hipertansiyonlu Hastaların Öz Etkililik ve Öz Yönetimlerini Etkileyen Beslenmeye Özgü Özelliklerin Tartışılması

Çalışmada hipertansiyona özel tuzsuz yağsız diyet uygulayan hastaların öz etkililik, öz yönetim, sağlık bakım etkinliği, tedavi uyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kan basıncının düzenlenmesinde diyetin önemli bir basamak olduğu bilinmektedir. Literatürde hipertansif hastaların öncelikle yaptıkları yaşam değişikliğinin tuz kısıtlaması olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [41, 144-146]. Hastaların çoğunluğunun hipertansiyona yönelik diyet programlarının olduğu görülmüştür [143, 147]. Oğuz vd. [60] çalışmasında, yağ kısıtlaması olan bireylerin diyetlerine daha uyumlu olduğunu ve bu sınırlamalarla kan basıncında ciddi düşüşler olduğunu belirtmiştir. Hastaların çoğunun diyet uygulamadığı [18] ve tuzlu beslendiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [144]. Tuzsuz, yağsız bir diyetle beslenmeye başlayan hastaların daha çok gerildiği ve yaşam kalitelerinde düşmeye neden olabileceği düşünülmüştür [139]. Hastalığa uyum gösteren hastaların diyet, egzersiz gibi değişimlere daha açık olduğu, ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür [143]. Hipertansiyona yönelik diyet uygulayan hastaların sistolik ve diyastolik kan basınçlarında düşme olduğu belirtilmiştir [144, 148]. Düşük sodyum alımının yetişkinlerde SKB'i 3,39 mmHg ve DKB'i 1,54 mmHg azaltabileceği düşünülmektedir [149]. DASH diyeti ile tuzsuz beslenmenin kan basıncını düşürmede oldukça etkili olduğu bilinmektedir [150]. DASH diyeti uygulayan hipertansif hastaların sistolik kan basınçlarında

6,74 mmHg, diyastolik kan basınçlarında ise, 3,54 mmHg azalma olduğunu saptanmıştır [151]. Tuzsuz diyetle beslenenlerin hastalıklarını daha fazla önemsedikleri [41] ve tuz tüketimi konusunda farkındalık sahibi oldukları belirtilmiştir [152].

Çalışmada ortalama günlük tuz tüketimi 1 çay kaşığından az olan hastaların öz etkililik, öz yönetim, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Günlük tuz tüketimi 1,76 gr'ın altında olduğunda hipertansiyon görülmezken, günlük tüketim yaklaşık 10 gr olduğunda görülme ihtimali %20 olmaktadır [144, 153]. Yapılan çalışmalar ülkemizde günlük ortalama tuz tüketiminin 18 gr'dan daha fazla olduğunu ve HT ile ilişkisinin bulunduğunu göstermektedir. Tuz tüketimi en fazla 6 gr/gün, yaklaşık 2300 mg sodyum şeklinde olmalıdır. Hipertansif hastalarda bu değerin 1500 mg geçmemesi gerekmektedir [154]. Arsu [91] hipertansiyon hastalarında tuz tüketimi ve ilaç uyumunu değerlendirdiği çalışmasında hastaların %64,4'ünün günlük tuz tüketiminin 5 gr ve altında olduğunu ve bu grubun tedavi uyumlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Choi vd. [155] Kore'de antihipertansif ilaçlara uyumu etkileyen faktörleri değerlendirmek üzere yaptıkları bir çalışmada yüksek tuz alımı olan hastaların ilaç uyumlarının zayıf olduğu görülmüştür. Kan basıncını düşürmek için antihipertansiflerle birlikte sodyum kısıtlamasının yapılması kullanılan ilaç dozunu düşürebileceği bilinmektedir [156]. Çalışmamızda her öğünde yemek masasına tuzluk koymayan hastaların sağlık bakım etkinliği puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Günlük tuz tüketimi sınırlaması yapan hastaların hastalıkları, tedavi şekilleri ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayabilen hasta grubu olduğu söylenebilir.

Çalışmada sigara kullanmadığını ifade eden hastaların öz etkililik, öz yönetim ve tedavi uyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde sigara kullanımının tansiyon değerlerini kısa süreli yükselttiğine, tekrarlayan içimlerin ise hipertansiyon için risk oluşturduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır [157-159]. Sigara kullanmayan hastaların tedavi uyumlarının [160] ve öz yönetim becerilerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır [75]. Babalıoğlu [42] çalışmasında sigara içenlerin içmeyenlere göre öz etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada içip bırakan hastaların ise hiç içmeyenlere göre uyumlarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Leung vd. [161] çalışmasında sigara, alkol kullanılmaması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin hastalığa uyumu arttırdığı saptamıştır.

Hipertansiyonlu Hastaların Öz Etkililik ve Öz Yönetimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmada “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Egzersiz yapılması, kilo kontrolü, ilaçların düzenli kullanımı gibi öz etkililiği gösteren yaşam tarzı değişiklikleri hastalarda öz yönetimi de artırmaktadır [75]. Düşük öz etkililik düzeyine sahip hastaların hastalığa yönelik sorunlarla baş etmeleri zorlaşmaktadır [43]. Moradi vd. [162] ve Kaveh vd. [163] çalışmasında; hipertansif bireylere yapılan öz yönetim programının müdahale grubunun ön-test ortalama hipertansiyon öz etkililik puanlarını yükselttiği ifade etmiştir. Öz etkililik için verilen motive edici eğitimlerin hastalarda istendik davranış değişikliği sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur [37, 164, 165]. Öz yönetim, hastaların kendi yaşantılarına yönelik problemlere karşı harekete geçme ve var olan soruna yönelik çözüm oluşturma şeklidir. Hastaların sağlıklarına yönelik çabaları öz yönetim düzeylerini arttırmaktadır.

Çalışmada “Sağlık Bakım Etkinliği” ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. HT’li hastaların öz etkililik düzeylerinin artması kan basıncında düşme sağlamakta, takip ve tedavide etkili olmaktadır [42]. Kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişiklikleri için hastanın aktif, hastalıkları ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir [75]. Yapılan bilgilendirmeler yalnızca tedaviye uyumda değil, tansiyon kontrolünde de etkili olmaktadır [166]. Hastaların öz etkililik seviyelerinin artması hastalığa yönelik merak ve yönetim isteğini de artıracaktır düşünülmektedir.

Çalışmada “Sağlık Bakım Etkinliği” ile “Damgalamayla Baş Etme” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bireylerin hastalıklarını tanıdıkça hastalığa yönelik stres, anksiyete gibi psikolojik etkilenmelerin azalacağı söylenebilir. Hastaların hastalığa ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi, uygulamaya geçirilmesinin, hastalık ve tedaviye ilişkin yaşanan güçlük ve endişelerin azalmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Bektaş [167] çalışmasında hastalara verilen eğitim ile öz yönetim alt boyutları olan damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği davranışlarının artacağını belirtmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde hipertansif hastaların öz etkililik ve öz yönetim düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin değerlendirildiği sonuçlar ve öneriler yer almaktadır. Çalışmanın sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

- Hastaların yaşları ile tedavi uyumları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, kadın hastaların sağlık bakım etkinliği düzeyleri, çalışmayan hipertansif hastaların tedavi uyumu, sağlık bakım etkinliği ve öz yönetim puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- İlaçlarını düzenli kullanan hastaların hipertansiyon öz etkililiği, sağlık bakım etkinliği, tedavi uyumlarının, ilaçlarını düzenli kullanmayanların ise, kendini damgalama puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu, hipertansiyon nedeniyle hiç acil servise başvurmadığını ifade eden hastaların tedavi uyumu puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastalık sürecinde sosyal destek alan hastaların sağlık bakım etkinliği ve hastalık öz yönetim, tansiyonlarını düzenli ölçtüren hastaların öz etkililik, öz yönetim ve sağlık bakım etkinliği, tansiyonundaki değişimi fark eden hastaların tedavi uyumları ve öz yönetim puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hastalığın neden olduğu yaşam değişikliğine uyum sağlayan hastaların öz etkililik, öz yönetim, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hipertansiyona özel tuzsuz yağsız diyet uygulayan, günlük tuz tüketimi bir çay kaşığından az olan hastaların öz etkililik, öz yönetim, sağlık bakım etkinliği, tedavi uyumu puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Sigara kullanmadığını ifade eden hastaların öz etkililik, öz yönetim ve tedavi uyumu puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki, Sağlık Bakım Etkinliği” ile “Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki, “Sağlık Bakım Etkinliği” ile “Damgalamayla Baş Etme” puanları arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızda kadınların erkek hastalara göre, ilaç uyumları, diyet yapma, sigara kullanmama gibi sağlık bakım davranışı geliştirme düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bir sonraki çalışmalar için cinsiyetler arası ayırım yapılarak bakılması önerilmektedir.

Esansiyel HT genellikle belirti vermediğinden bazen rastlantısal bazen de hedef organ hasarı nedeniyle tespit edilebilmektedir. Bireylere hipertansiyon ve kontrollerin önemi, komplikasyonları ve hastalığa uyum hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

Çalışmamızda ilaçlarını düzenli kullanan, tansiyonunu ölçen ya da ölçtüren hastaların öz etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalara öz etkililik düzeylerini arttırmak için sağlıklı beslenme, tuzsuz diyet, hareketli yaşam, alkol ve tütün kullanımına son verilmesi, stres kontrolü gibi yaşam değişikliği konularında çalışmalar yapılması ve destek olunması önerilmektedir.

Tedavi uyumları ve sosyal destek mekanizmaları yüksek, yaşam tarzı değişikliği yapabilen hastaların öz yönetim düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların öz yönetim becerileri arttırmak için farkındalıklarının artırılması, stresle baş etme yöntemleri (meditasyon, yoga gibi) kullanılması, psikolojik destek sağlanması ve motivasyonlarının desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özpancar, N. (2016). Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 2-11. <https://doi.org.tr/10.5543/khd.2016.96268>
2. Mete, U. (2020). *Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ile Değerlendirilmesi*, Tıp Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.
3. Sağlık Bakanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları.
4. Kara Söylemez, G. (2018). *Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumları Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
5. Sevinen, G. G. (2019). *Hipertansiyonu Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi*, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
6. Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
7. Liu, M. Y., Li, N., Li, W. A., and Khan, H. (2017). Association Between Psychosocial Stress And Hypertension: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Neurological Research*, 39(6), 573-580.
8. Bostancı, Ş. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
9. Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., and He, J. (2005). Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
10. Göçgeldi, E., Babayigit, M. A., Hassoy, H., Açikel, C. H., Taşçı, İ. ve Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3), 172-179. <https://dergipark.org.tr/pub/deuhfed/issue/46808/586995>
11. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M. and Desormais, I. (2019). 2018 ESC/ESH Guidelines For The Management of Arterial Hypertension. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*, 77(2), 71-159. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
12. İnternet: Dünya Sağlık Örgütü (2022 Aralık). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Son Erişim Tarihi: 15.11.2022.

13. Arıkan, A. (2019). *Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Düzeyleri ve İlişkili Faktörler*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sakarya.
14. Gençtürk, S. (2021). *Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerde Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Sıklığı ve İlişkili Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
15. Tan, F.C., Oka, P., Dambha-Miller, H. and Tan, N.C. (2021). The Association Between Self-Efficacy and Self-Care in Essential Hypertension: a Systematic Review. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01391-2>
16. Gönel, P. (2019). *Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-Etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Kıbrıs.
17. Hacıhasanoğlu Aşlar, R. (2015). Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 151-159. <https://doi.org.tr/10.5543/khd.2015.014>
18. Kurt, D. (2020). *Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalara Verilen Öz Yönetim Desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz bakım Yönetimine Etkisi*, Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trakya.
19. Türkoğlu, N. ve Kılıç, D. (2021). Hipertansiyon Özetkililik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 12(29), 190-195. <https://doi.org.tr/10.5543/khd.2021.21-13-19>
20. Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. ve Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 375-381. <https://doi.org.tr/10.29228/javs.52376>
21. Önlen, İ. (2021). *65 Yaş Üstü Hipertansiyon Tedavisi Alan Bireylerin İlaç Uyum ve Sağlıklı Yaşam Kriterlerinin Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
22. Demir, M. (2021). *Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç ve Hastalık Bilgi Düzeyi ile Tedaviye Uyumunun Karşılaştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Erzurum.
23. Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü. ve Abacı, A. (2019). Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 47(6), 535-546. <https://doi.org.tr/10.5543/tkda.2019.62565>
24. Korkmaz, S. (2021). *Hipertansiyon Hastalarında Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara.
25. İnternet: TÜİK raporu (2022 Aralık). URL: <https://www.tuik.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 10.12.2022.

26. Özçubukçu, Ş. (2020). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hastalığın Komplikasyonları ve Tedavisi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, OnDokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun.
27. Öksüz, E. (2004). Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *STED*, 13(3), 99-104.
28. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, D. R., Williams, B. and Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357. <https://doi.org.tr/10.1161/Hypertensionaha.120.15026>.
29. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A. and Bohm, M. (2014). ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma*, 4, 1-7.
30. Yıldırım, C. (2019). *Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi*, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.
31. Çakmak, V. (2019). *Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
32. Karadağ, Z. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısı*, Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.
33. İçyeroğlu, G. (2012). *Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi*, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
34. Sağlam, A., Özdemir, B. Ş. ve Ciğerim L. (2019). *Academic Researches in Health Sciences* (ss. 116-118) içinde. İstanbul: Gece Akademi.
35. Tad, S. İ. (2021). *Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının İlaç Tedavisine Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
36. Bandura A (1982). Self-Efficacy Mechanism İn Human Agency. *American Psychologist*, 37(2):122-47. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
37. Noyan, E. N. (2022). *Öz Yeterlilik Desteğinin Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum ve Öz Yeterlilik Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
38. Ceyhan, Y. Ş. ve Ünsal, A. (2018). Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273.

39. Karadağ, E., Aksoy Derya, Y. ve Ucuzal, M. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 13-20.
40. Farazian, F., Emami Moghadam, Z., Heshmati Nabavi, F. and Behnam Vashani, H. (2019). Effect of Self-Care Education Designed Based on Bandura's Self-Efficacy Model on Patients With Hypertension: *A Randomized Clinical Trial. Evidence Based Care*, 9(2), 44-52. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2019.36466.1944>
41. Arslantaş, E. E., Sevinç, N., Çetinkaya, F., Günay, O. ve Aykut, M. (2019). Hipertansif Kişilerin Hipertansiyon Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Ege Tıp Dergisi*, 58(4), 319-329. <https://doi.org/10.19161/etd.659955>
42. Babalıoğlu, G. Ö. (2023). *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
43. Özek, S. (2023). *Covid-19 Pandemi Sürecinde Hipertansiyon Hastalarına Tele-Hemşirelikle Verilen Öz Yönetim Desteğinin Hastaların Tedavi Uyumuna ve Öz Etkililik Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
44. Kim, H. K., and Seo, J. H. (2022). Effects Of Health Status, Depression, Gerotranscendence, Self-Efficacy, And Social Support On Healthy Aging In The Older Adults With Chronic Diseases. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(13), 7930-7936. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137930>
45. Widiawatie, N., Handayani, F. and Sobirin, M. A. (2021). Factors Affecting Self-Efficacy Against Hypertension Self-Care in Hypertension Patients: a Scoping Review. *International Journal Of Research in Medical Sciences*, 9(3), 914-922. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20210902>
46. Susanto, T., Rasny, H., Susumaningrum, L. A., Yunanto, R. A. and Nur, K. R. (2019). Prevalence of Hypertension and Predictive Factors Of Self-Efficacy Among Elderly People With Hypertension in Institutional-Based Rehabilitation in Indonesia. *Education*, 21(1), 14-21. <https://doi.org/10.32725/kont.2018.007>
47. İncirkuş, K. (2016). *Esansiyel Hipertansiyonlu Bireylere Uygulanan Motivasyonel Görüşme Temelli Öz-Yönetim Desteği Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
48. Akça, N., Sönmez, S., Öke, P. ve Saygılı, M. (2018). *Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktivliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
49. Turan, G. B., Aksoy, M. ve Çiftçi, B. (2019). Effect of Social Support on the Treatment Adherence of Hypertension Patients. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1), 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2018.10.005>

50. Kendall, M. and Gibbons, J. D. (1990). *Rank Correlation Methods*. New York: Oxford Universty Publications.
51. Devroye, L. (1986). *Non-Uniform Random Variete Generation*, Chapter 7 [online]. New York: Springer Verlag, p. 286-357.
52. Han H.R., Lee, H., Commodore-Mensah, Y. and Kim, M. (2014). Development and Validation of the Hypertension Self-care Profile: a Practical Tool to Measure Hypertension Self-care. *J Cardiovasc Nurs*, 29(3), 11-20. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a3fd46>
53. Ngai, S.S.Y., Cheung, C.K., Ng, Y.H., Tang, H.Y., Ngai, H.L. and Wong, K.H.C. (2020). Development and Validation of the Chronic Illness Self Management (CISM) Scale: Data From a Young Patient Sample in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 114-105077. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105077>
54. Ayyıldız, N. İ. (2016). *Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
55. Şamdanlı, Ş. (2022). *Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Hastalıkları İle İlgili İnternet Kullanım Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
56. Irmak, Y.D., Düzöz, Ö.G. ve Bozyer, Ö.G. (2007). Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(2), 39-47.
57. Silaste, M. L., Junes, R., Rantala, A. O., Kauma, H., Lilja, M., Savolainen, M. J. and Kesäniemi, Y. A. (2000). Dietary and Other Non-pharmacological Treatments in Patients With Drug-treated Hypertension and Control Subjects. *Journal of internal medicine*, 247(3), 318-324. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2000.00617.x>
58. İnternet: Hipertansiyon Kılavuzu. (2022). URL: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>, Son Erişim Tarihi: 13.01.2023.
59. Onat, A., Can G., Yüksel H., Ademoğlu, E., Erginel, N., Kaya, A. ve Altay, S., (2017) *TEKHARF Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. İstanbul: Logos Yayıncılık.
60. Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B. ve Atman, R. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç ve Diyet Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21), 1-7. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.63644>
61. Yurdakul, S. ve Aytekin S. (2010). Kadınlarda hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 38(1), 25-31.

62. Yasemin, G. ve Korkmaz, M. (2014). Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108.
63. Runa, M. ve Bahar, A. (2023). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1072-1085. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1224644>
64. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici, U., Arici, M., Sindel, S., Karatan, O., Turgan, C., Hasanoğlu, E., Çağlar, S. ve Ertürk, S., (2016). Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Changes in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control Rates in Turkey From 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*, 34(6), 1208-1217. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000901>
65. Kolcu, M. ve Ergün, A. (2017). Yaşlılarda Hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 17-23. <https://doi.org/10.26567/marsag.2017130062>
66. Çakan, F. Ö. (2017). Yaşlılarda Hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(5), 29-31.
67. Yadav S., Boddula R., Genitta G., Bhatia V., Bansal B. and Kongara S. (2008). Prevalence & Risk Factors of Pre-hypertension & Hypertension in an Affluent North Indian Population. *Indian Journal of Medical Research*, 128(6), 712-720.
68. Kılıç M. (2013). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Hipertansiyon Prevalansı, Farkındalığı, Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1):79- 86.
69. Özpancar, N. (2013). *Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
70. Yardımcı, H., Ayşe, Ö. Ö. ve Metin, S. S. (2012). Yaşlılarda Hipertansiyon Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 17-36. https://doi.org/10.1501/Asbd_00000000016
71. Acar, İ. E. (2023). *Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzı Değişikliği Önerileri Ve İlaç Tedavisine Uyumlarının Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sakarya.
72. Özen, İ., K. (2022). *Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ve İlaça Uyum Öz Etkililik Durumlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
73. Boratas, S. and Kilic, H. F. (2018). Evaluation of Medication Adherence in Hypertensive Patients and Influential Factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(4), 959-963. <https://doi.org/10.12669/pjms.344.14994>
74. Barile J.P., Horner Johnson, W. and Krahn, G. (2016). Measurement Characteristics for two Health-related Quality of life Measures in Older Adults: The SF36 and the

CDC Healthy Days items. *Disability and Health Journal*, 9(4), 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.04.008>

75. Topçu, M. (2023) *Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Öz Yönetimi İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
76. Bahrom N., Abdul-Hamid H., Badlishah-Sham S., Baharudin N., and Mohamed-Yassin M.S. (2020). Factors Associated with High Patient Activation Level among Individuals with Metabolic Syndrome at a Primary Care Teaching Clinic. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1-13.
77. Irğa N. (2021). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin İlaç Tedavisi ve Kronik Hastalık Uyumuna Etkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tekirdağ.
78. Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., and Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109-120.
79. Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E. and Webber, L. S. (2009). Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Medical Clinics of North America*, 93(3), 753-769. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2009.02.007>
80. Kankaya, H., Özer, S., Korkmaz, M., Karabulut, Ö. ve Kurt, E. (2017). Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 1-10.
81. Demirbaş, N. ve Kutlu, R. (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2):269-280.
82. Demirbağ B.C. ve Timur M., (2012). Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1):1-8. https://doi.org/10.1501/Ashd_00000000070
83. Kasar K.S., ve Karadakovan A. (2017). Yaşlı Bireylerde Antihipertansif İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15):20-27. <https://doi.org/10.5543/khd.2017.39200>
84. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. *Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010 saha uygulaması el kitabı, 1*.
85. Taşçı, S., Öztürk, A. ve Öztürk, Y. (2005). Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı Bölgesinde 30 Yaş Üstü Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı Ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 59-65.

86. Dağ, İ. ve Kahraman, S. (2019). Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hasta Profiline İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 683-689. <https://doi.org/10.31067/0.2019.164>
87. Van Itallie, T. B. (1985). Health Implications of Overweight and Obesity in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 103(6_Part_2), 983-988. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-103-6-983>
88. Metin, T., Semerci, V. ve Özdemir, S. Ç. (2023). Hipertansiyon Hastalarının Aleksitimi Düzeyleri ile Öz Etkililikleri Arasındaki İlişki. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 188-197. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1315499>
89. Karatay, G., Karadağ, E. ve Akkuş, Y. (2012). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 85-96.
90. Gürdoğan, M. ve Gürdoğan, E. P. (2019). Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler. *MN Kardiyoloji*, 26(3), 147-153.
91. Arsu, D. (2023). *Hipertansiyon Hastalarında Tuz Tüketimi ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
92. Korkmaz, E. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
93. Tümer, A., Dereli, F. ve Demir Uysal, D. (2016). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 105-113. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.58077>
94. Fodor G.J., Kotrec M., Bacskai K., Dorner T., Lietava J., Sonkodi S., Rieder A. and Turton P. (2005). Is Interview a Reliable Method to Verify the Compliance With Antihypertensive Therapy? An International Central-European Study. *Journal of Hypertension*, 23(6), 1261-1266.
95. Açikel, Y.G. ve Pakyüz, Ç. S. (2015). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Damgalamanın Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 136- 145.
96. Ardahanli, İ., Akhan, O., Aslan, R., Akyüz, O. ve Akgun, O. (2021). The Relationship Between Blood Pressure Regulation and Alexithymia Variability in Newly Diagnosed Essential Hypertension Patients. *Journal of Surgery and Medicine*, 5(8), 768-771. <https://doi.org/10.28982/josam.819228>
97. Dalak, H. (2010). *Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
98. Yue, Z., Bin, W., Weilin, Q. and Aifang, Y. (2014). Effect of Medication Adherence on Blood Pressure Control and Risk Factors for Antihypertensive Medication

- Adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(1), 166–172. <https://doi.org/10.1111/jep.12268>
99. İçyeroğlu, G. (2012). *Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi*, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
 100. Erci, B., Elibol, M. ve Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.
 101. Koruk, E. (2019). *Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
 102. Altuntaş, O., Esra, A. K. ve Huri, M. (2015). Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2), 79-86.
 103. Blenkiron, P. (1996). The Elderly and Their Medication: Understanding and Compliance in a Family Practice. *Postgrad Med J*, 72 (853), 671-676. <https://doi.org/10.1136/pgmj.72.853.671>
 104. Karaeren H., Yokuşoğlu M., Uzun Ş., Baysan O., Köz C., Kara B., Kırılmaz A., Naharcı İ., Pınar M., Yılmaz M. B. ve Uzun M. (2009), The Effect of the Content of the Knowledge on Adherenceto Medication in Hypertensive Patients. *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 9(3), 183-188.
 105. Busnello, R. G., Melchior, R., Faccin, C., Vettori, D., Petter, J., Moreira, L. B. and Fuchs, F. D. (2001). Characteristics Associated With the Dropout of Hypertensive Patients Followed up in an Outpatient Referral Clinic. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76, 352-354. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2001000500001>
 106. Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N. ve Yanık, A. The Relationship Between Adherence to Medication and Quality of Life and Health Perception in Hypertensive Patients. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.*, 14(3), 436–442. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.725974>
 107. Bezerra A.S., Lopes J. D. L. and Barros A.L. (2014). Adherence of Hypertensive Patients to Drug Treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67(4):550-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670408>
 108. Demirbağ, B. C. ve Timur, M. (2012). Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 1-8.
 109. Aşiret, G. D. ve Okatan, C. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri ile Spirütüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(23), 122-128.
 110. Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E. and Webber, L. S. (2009). Barriers to and Determinants of Medication Adherence in Hypertension Management: Perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older

Adults (CoSMO). *Medical Clinics of North America*, 93(3), 753–769. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2009.02.007>

111. Selçuk, K. T., Çevik, C., Mercan, Y. ve Koca, H. (2017). Hypertensive Patients' Adherence to Pharmacological and Non-pharmacological Treatment Methods, in Turkey. *Int J Community Med Public Health*, 4(8), 2648-2657. <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20173308>
112. Çevik, C., Güneş, S., Dersuneli, Ç., Erikçi, İ., Taş, B., Küçük, M. G., Çakır, E. A., Gökalp, M., Kahraman, M., Bişgin, E., Çalışkan, M., Avcı, H. ve Eser, E. (2018). Balıkesir'de İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Elli Yaş Üstü Kadınlarda Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyon İlaç Uyumu. *Sağlık ve Toplum*, 28(3), 58-62.
113. Natarajan, N., Putnam, W., Van Aarsen, K., Lawson, K.B. and Burge, F. (2013). Adherence to Antihypertensive Medications Among Family Practice Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension. *Canadian Family Physician*. 59(2), 93-100.
114. Cingil, D., Delen, S. ve Aksuoğlu, A. (2009). Karaman il Merkezinde Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Kullanım Durumlarının ve Bilgilerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(8), 551-556.
115. Teke, N. ve Arslan, S. (2018). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 120-128.
116. Strömberg, A., Broström, A., Dahlström, U. and Fridlund, B. (1999). Factors Influencing Patient Compliance with Therapeutic Regimens in Chronic Heart Failure: A Critical Incident Technique Analysis. *Heart Lung*, 28 (5), 334-337. <https://doi.org/10.1053/hl.1999.v28.a99538>
117. Basanmay, M. (2023). *Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Evde Tansiyon Ölçümü Hakkındaki Bilgi ve Tutum Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, İstanbul.
118. İncesu, E., Beylik, U. ve Küçükkendirci, H. (2016). Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Tekrarı Sorunu: Türkiye’de Bir Devlet Hastanesi Acil Servis Araştırması. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (53), 1-13.
119. Demirağ, S. A. (2009). Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2, 58–65.
120. Akman, C. ve Akşit, E. (2020). Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Klinik Özellikleri ve Acil Servise Başvuru Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 219-224. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.731511>
121. Alsancak, B. (2020). *Baş Ağrısı ile Acil Servise Başvuran Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumları Ağrı ve Hemodinamik Parametreleri Etkiler Mi? Yüksek Lisans Tezi*, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

122. İncirkuş, K. ve Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
123. Kalender, N. ve Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1), 46-53.
124. Akbulut, G. (2019). *Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum*, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
125. Barutçu, C.D. (2011). *Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
126. Sands K.J., Wilson A. (1999). Promoting Healthy Lifestyles. Eds: Phipps W.J., Sands K.J., Marek J.F., *Medical-Surgical Nursing: Concepts and Clinical Practice*. 6th ed., s. 49-70. Baltimore: Mosby-Year Book.
127. Hipertansiyon Kontrolü DSÖ Teknik Rapor Seriler 862. Çev: Aykut M., Çetinkaya F., Günay O., Öztürk Y., Öztürk A., Cenevre, Kayseri, 1999.
128. Özbayram, A. (2008). *Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
129. Teke, N. ve Arslan, S. (2018). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 120-128.
130. Uysal, Z. ve Aslan, H. (2018). Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri ile Sürekli Kaygı ve Baş Etme Becerileri Arasındaki İlişki. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 9(34), 68-80. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.481119>
131. Xiao, J., Yao, S., Zhu, X., Abela, J. R., Chen, X., Duan, S. and Zhao, S. (2011). A Prospective Study of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms in Patients With Essential Hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 33(1), 63-68. <https://doi.org/10.3109/10641963.2010.531832>
132. Rueda, B. and Perez-Garcia, A. M. (2013). Coping Strategies, Depressive Symptoms and Quality of Life in Hypertensive Patients: Mediatonal And Prospective Relations. *Psychology & Health*, 28(10), 1152-1170. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.795223>
133. Garnefski N. and Kraaij V., (2006). Relationships Between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: a Comparative Study of Five Specific Samples. *Personality and Individual Differences* 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
134. Oskay, E. M., Önsüz, M. F. ve Toğuzoğlu, A. (2010). İzmir'de bir Sağlık Ocağında Başvuranların Hipertansiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 3-9.

135. Yassine, M., Al-Hajje, A., Awada, S., Rachidi, S., Zein, S., Bawab, W. and Salameh, P. (2016). Evaluation of Medication Adherence in Lebanese Hypertensive Patients. *Journal of epidemiology and global health*, 6(3), 157-167. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2015.07.002>
136. Oliveria, S. A., Chen, R. S., McCarthy, B. D., Davis, C. C. and Hill, M. N. (2005). Hypertension Knowledge, Awareness, and Attitudes in a Hypertensive Population. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 219-25. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.30353.x>
137. Turan O., Erkmen E., Koca V., Yılmaz A.C. ve Berkman K., (2004). *Yüksek Tansiyon Hastalarının Antihipertansif Tedaviye Uyumu*. Marmara Tıp Öğrenci Kongresi Program ve Özet Kitabı'nda. İstanbul: Marmara Üniversitesi Basımevi.
138. Ünal, P. C., Çifçili, S., Uzuner, A., ve Akman, M. (2005). Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(4), 153-158.
139. Özpancar, N. (2005). *Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
140. Petrella, R. J., Speechley, M., Kleinstiver, P. W. and Ruddy, T. (2005). Impact of a Social Marketing Media Campaign on Public Awareness of Hypertension. *American Journal of Hypertension*, 18(2), 270-275. <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2004.09.012>
141. Sharma, S., Bhuvan, K. C., Alrasheedy, A. A., Kaundinnyayana, A. and Khanal, A. (2014). Impact of Community Pharmacy-based Educational Intervention on Patients with Hypertension in Western Nepal. *The Australasian Medical Journal*, 7(7), 304-313. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2133>
142. Çataldeğirmen, G. (2021). *Hipertansiyon Hastalarının Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve İlaç Uyumluluğu İle İlişkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana.
143. Vatansever, Ö. (2011). *Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
144. Günel, S. Y. ve Günel, A. İ. (2010). Antihipertansif İlaç Kullanımına Rağmen Başarısız Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Nedenler. *Ege Tıp Dergisi*, 49(1), 13-18.
145. Şahin, N., Güner, P. D., Dirican, E., Yengil, E. ve Cahit, Ö. (2018). Birinci Basamağa Başvuran Bireylerde Hipertansiyon Risk Faktörleri. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 9(35), 128-135. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.471955>
146. Çöl, M., Özdemir, O. ve Ocaktan, M. E. (2006). Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 59(4), 144-50. https://doi.org/10.1501/Tipfak_0000000216

147. Köse, E. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme Ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
148. Casanova M.A., Medeiros F., Oigman W. and Neves FM. (2014). Low Concordance with the DASH plan is associated with higher Cardiovascular Risk in Treated Hypertensive Patients. *International Scholarly Research Notices*, 14:1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/618710>
149. Aburto, N. J., Ziolkovska, A., Hooper, L., Elliott, P., Cappuccio, F. P. and Meerpohl, J. J. (2013). Effect of Lower Sodium Intake on Health: Systematic Review and Meta-Analyses. *BMJ*, 346:f1326, 1-20. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1326>
150. Vollmer, W. M., Sacks, F. M., Ard, J., Appel, L. J., Bray, G. A., Simons-Morton, D. G. and DASH-Sodium Trial Collaborative Research Group. (2001). Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-sodium Trial. *Annals of Internal Medicine*, 135(12), 1019-1028. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-12-200112180-00005>
151. Saneei, P., Salehi-Abargouei, A., Esmailzadeh, A. and Azadbakht, L. (2014). Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on Blood Pressure: a Systematic Review and Meta-analysis on Randomized Controlled Trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24(12), 1253-1261. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2014.06.008>
152. Günay, İ. (2023). *Hipertansiyonlu Bireylere Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
153. Tekol, Y. (2006). Is Systemic Hypertension Only a Sign of Chronic Sodium Chloride Intoxication? *Medical Hypotheses*, 67(3), 630-638. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.02.024>
154. Meral, E. (2018). Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2), 80-85. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.335813>
155. Choi, H. Y., Lee, J. A., Lim, J., Kim, Y. S., Jeon, T. H., Cheong, Y. S. and Lee, S. Y. (2018). Factors Affecting Adherence to Antihypertensive Medication. *Korean Journal of Family Medicine*, 39(6), 325–332. <https://doi.org/10.4082/kjfm.17.0041>
156. Alibaşıç, H. (2012). *Hipertansiyon Hastalarında Tuz Kısıtlamasına Uyumun ve Tuz Tüketimi ile İlişkili Olarak Ambulatuvar Kan Basıncı Parametrelerindeki Değişikliğin Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya
157. Niçancı Y. (1999). Sigaranın Hemodinamik Etkileri. *Hipokrat Kardiyoloji*, 2(9): 2-3.
158. Moser, M. (2008). *Clinical Management of Hypertension*, 4th ed., United States of America: Professional Communications Inc.

159. Çakır, H. (2003). *Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
160. Fodor, G. J., Kotrec, M., Bacskai, K., Dorner, T., Lietava, J., Sonkodi, S. and Turton, P. (2005). Is Interview a Reliable Method to verify the Compliance With Antihypertensive Therapy? An international central-European study, *Journal of hypertension*, 23(6), 1261-1266. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000170390.07321.ca>
161. Leung, C. M., Ho, G. K., Foong, M., Ho, C. F., Lee, P. K. and Mak, L. S. (2005). Small-Group Hypertension Health Education Programme: a Process and Outcome Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 631-639. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03640.x>
162. Moradi, M., Nasiri, M., Jahanshahi, M. and Hajiahmadi, M. (2019). The Effects of a Self-management Program Based on the 5 a's Model on Self-Efficacy Among Older Men With Hypertension. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(1), 21-27.
163. Kaveh Savadkooh, O., Zakerimoghadam, M., Gheyasvandian, S. and Kazemnejad, A. (2012). Effect of Self-management Program on Self-efficacy in Hypertensive Patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(92), 19-28.
164. Boutin-Foster, C., Scott, E., Rodriguez, A., Ramos, R., Kanna, B., Michelen, W. and Ogedegbe, G. (2013). The Trial Using Motivational Interviewing and Positive Affect and Self-Affirmation in African-Americans with Hypertension (Triumph): From Theory to Clinical Trial Implementation. *Contemporary Clinical Trials*, 35(1), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.02.002>
165. Chlebowy, D. O., El-Mallakh, P., Myers, J., Kubiak, N., Cloud, R. and Wall, M. P. (2015). Motivational Interviewing to Improve Diabetes Outcomes in African Americans Adults With Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 37(5), 566-580. <https://doi.org/10.1177/019394591453052>
166. Horvathova, H., Kímlíkova, K., Balazovjech, I. and Kyselovic, I., (2003). Compliance and the Therapeutic Effect in Patients With Arterial Hypertension, *Bratislavske Lekarske Listy*, 104(4/5), 149-154.
167. Bektaş, G. (2023). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Amasya.



EKLER

EK-1. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019 Şekillerin Kullanım Onayı

EK-2. Hasta Tanıtım Formu

1. Yaşınız:
2. Kilonuz:
3. Boyunuz:
4. Cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
5. Medeni durumunuz: (1) Evli (2) Bekar
6. Eğitim durumunuz:
 (1) Okuryazar değil (2) Okuryazar
 (3) İlköğretim (4) Ortaöğretim ve üzeri
7. Çalışma durumunuz: (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor
8. Ekonomik durumunuz: (1) İyi (2) Orta (3) Kötü
9. Nerede yaşıyorsunuz? (1) Köy (2) İlçe (3) İl
10. Hipertansiyon tanısını ne zaman aldınız?
 (1) 0-5 yıl (2) 5-10 yıl (3) 10-15 yıl
11. İlaçlarınızı düzenli alır mısınız? (1) Evet (2) Hayır
12. Ailede hipertansiyon hastası var mı? (1) Evet (2) Hayır
13. Hipertansiyondan başka kronik bir hastalığınız var mı? (1) Evet (2) Hayır
 Cevabınız evet ise; hastalığınızı yazınız.....
14. Hipertansiyon nedeniyle hiç hastane acil servisine başvurdunuz mu?
 (1) Evet (2) Hayır
15. Hipertansiyon nedeniyle kaç kez hastaneye yattınız?
 (1) 1 kez (2) 2 kez (3) 3 kez ve daha fazla
16. Hipertansiyon ile ilgili eğitim aldınız mı? (1) Evet (2) Hayır
17. Hastalık sürecinde sosyal destek aldınız mı? (1) Evet (2) Hayır
 Cevabınız evet ise; Hastalık sürecinde kimlerden destek aldınız?
 (1) Aile (2) Sağlık çalışanlarından (3) Destek almadım
18. Tansiyonunuzu ölçüyor/ölçtürüyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır
 Cevabınız evet ise; Tansiyonunuzu kim ölçüyor?
 (1) Kendisi (2) Yakını/Komşusu (3) Sağlık çalışanları
19. Tansiyonunuzdaki değişimi fark edebiliyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır
20. Hipertansiyona özel diyet uyguluyor musunuz?
 (1) Tuzsuz diyet (2) Tuzsuz-yağsız diyet (3) Diyet uygulamıyorum

21. Sıklıkla fast food(hazır/ hızlı yemek) tüketiyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır
22. Günlük tuz tüketiminiz ortalama ne kadardır?
(1) 1 çay kaşığından az (2) 1 çay kaşığı
(3) 1 tatlı kaşığı (4) 1 çorba kaşığı
23. Her öğünde yemek masasına tuzluk koyuyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır
24. Yemeğin tadına bakmadan tuz atar mısınız?
(1) Evet (2) Hayır
25. Çay/kahve sık tüketir misiniz? (1)Evet (2)Hayır
26. Alkol kullanıyor musunuz? (1)Evet (2)Hayır
27. Sigara kullanıyor musunuz? (1)Evet (2)Hayır
28. Gün içerisinde yeterli hareket ediyor musunuz? (1)Evet (2) Hayır
29. Doktor kontrolüne hangi sıklıkla gidersiniz?
(1) 0-3 ay (2) 3-6 ay (3) 6-12 ay (4) Kontrole gitmem
30. Hastalığınızın neden olduğu yaşam değişikliklerine uyum sağladınız mı?
(1) Evet (2) Hayır

EK-3. Hipertansiyon Özetkililik Ölçeği

	HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	UYGUN	ÇOK UYGUN
Hipertansiyonlu kişiler için ortak öneriler aşağıda listelenmiştir. Bu önerilerin sizin için ne kadar uygun olduğunu işaretleyiniz.				
1. Düzenli fiziksel aktivite yaparım				
2. Az işlenmiş gıdalar yerim.				
3. Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum				
4. Geleneksel çok tuzlu besinleri (Konserve çorba gibi) az tuzlu besinler ile değiştiririm (Ev yapımı çorba, Taze sebze gibi)				
5. Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım (Ketçap gibi)				
6. Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim (6 gram)				
7. Doymuş yağ miktarı yüksek (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) içeren besinleri az tüketirim.				
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım				
9. Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığının etiketlerini okuyarak kontrol ederim				
10. Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm (Yağda kızartılmış tavuk yerine fırınlanmış tavuk gibi)				
11. Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım (65 gr.dan az)				
12. Günde beş ya da daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim.				
13. Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim (Erkekler için 2 bardaktan bayanlar için 1 bardaktan az olacak şekilde)				
14. Sigara içmemeye çalışırım				
15. Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim				
16. Tansiyon ilaçlarımı alırım				
17. İlaçlarımı bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım				
18. Kilomu kontrol altında tutarım				
19. Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmamaya çalışırım				
20. Düzenli doktor kontrolüne giderim.				

EK-4. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği		1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman				
Kendini Damgalama	1.Hastalığımın dolaylı sosyal ortamlarda utanç duyarım	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımın dolaylı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımın dolaylı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımın dolaylı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımın dolaylı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımın bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Damgalamayla Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sinirlendirmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakın Etkinliği	1.Kendi sağlığını yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumu	1.İlacı/tedaviyi unutur veya ihmal ederim*	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5
	5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum*	1	2	3	4	5

EK-5. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.07.2022-80791



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76988455-050.01.04-80791
Konu : Etik Kurul Onayı

20.07.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ
Öğretim Üyesi

İlgi : 24.06.2022 tarihli ve 77257 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü'nde öğrenim gören yüksek lisans öğrencisi ve Gümüşhacıköy Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde görev yapan Öğretmen Zeynep DÖNÜŞ ÖZTÜRK ile işbirliğinizde yapılması planlanan "Hipertansif Hastalarda Özetkililik ve Öz Yönetim Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Güzide ŞENEL
Etik Kurul Başkanı

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

EK-6. Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Kurum İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.08.2022-295212



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-44008645-010.99-295212
 Konu : Çalışma İzni Talebi

26.08.2022

Sayın Zeynep Dönüş ÖZTÜRK

İlgi : 16.08.2022 tarihli ve bila sayılı yazınız

İlgi yazınız hastanemiz Kalite Kurulu'nun 18/08/2022 tarihli toplantısında görüşülmüş olup kurul kararına istinaden İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ile Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına yazı yazılarak söz konusu tez çalışmanız için yapılması talep edilen anket çalışmasının anabilim dalları bünyesinde yapılmasının uygun olup olmadığı sorulmuştur. İlgili bölümlerden gelen cevap yazıları ile "Hipertansif Hastalarda Özetkililik ve Öz Yönetim Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması için yapılması istenen anket çalışmasının anabilim dalları bünyesinde yapılmasının uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Fatih HOROZOĞLU
Başhekim
Merkez Müdürü

EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri

EK-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

HİPERTANSİF HASTALARDA ÖZETKİLİLİK VE ÖZ YÖNETİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Araştırmanın Amacı: Hipertansiyon hastalarının hastalıklarına yönelik özetkililik ve öz yönetim düzeylerinin belirlenmesidir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizde özetkililik ve öz yönetim ölçeklerini doldurmanız beklenmektedir. Ölçek formlarını doldurmak toplam 10 dakikayı geçmeyecektir. Araştırmaya katılabilmeniz için en az 6 aydır hipertansiyon (tansiyon yüksekliği) hastası ve hipertansiyona yönelik tedavi alıyor olmanız gerekmektedir.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: -

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: -

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:
Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları

ayrıntılılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Zeynep Dönüş ÖZTÜRK
Doğum Yeri :
Doğum Tarihi :

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksekokulu
Yüksek Lisans Öğrenimi : Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

a) Yayınlar (-SCI -Diğer)

b) Bildiriler (-Uluslararası –Ulusal)

Öztürk, Z. ve Topbaş, E. (2023, Ağustos). *Hipertansif Hastalarda Özetkililik ve Öz Yönetim Düzeylerinin Belirlenmesi*, V. International World Health Congress, pp 233-234, Adana.

Öztürk, Z. (2022, Mart). *Kültürün Yaşlılık Algısı Üzerine Etkileri*, 2. International Antalya Scientific Research And Innovative Studies Congress, pp.268-271, Antalya.

c) Katıldığı Projeler

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl :2022-Halen Hamidiye Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
2014- 2022 Gümüşhacıköy Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
2012- 2014 Pazar Anadolu Sağlık Meslek Lisesi
2009- 2012 Çorum Devlet Hastanesi Nöroloji Servisi

İLETİŞİM

E-posta Adresi