



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

**HİPERTANSİYON HASTALARININ ÖZ ETKİLİLİK
DÜZEYİNE GÖRE İLAÇ UYUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tuğçe AKÇAKAYA

Antalya, 2024



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

HİPERTANSİYON HASTALARININ ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNE GÖRE İLAÇ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tuğçe AKÇAKAYA

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2024

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, meslek etiğine özeni ve özverili çalışması ile bize örnek olan, hekimliğin sadece hasta muayene etmek olmadığını öğreten, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan değerli hocam Prof. Dr. Melahat AKDENİZ’e,

Bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini esirgemeyen, tez çalışmamda gösterdiği emekten dolayı değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI’ya,

Beraber çalıştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı’ndaki hekim arkadaşlarıma, asistanlık sürecinin her gününü birlikte geçirdiğimiz, tüm zorlukları beraber aştığımız eş kıdemlerime ve Anabilim Dalının demirbaşları kıymetli çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR’e,

Lise hayatımdan bu yana dostluğuyla yanımda olan tez konumu belirlerken de ilham veren Dr. Z.Çağla ARSLAN’a,

Tez süresince gereken tüm özveriyi gösterip çalışmamda en uygun şartları sağlayan, bana sabır ve motivasyon aşılayan, karşılaştığım zorluklarda yanımda olan değerli eşim, yol arkadaşım Dr. Ümit Faruk AKÇAKAYA’ya,

Tüm kararlarımda arkamda duran, bugünlere gelmemi sağlayan, tüm hayatım ve tıp eğitimim boyunca her türlü zorlukta ve başarıda yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim babam Uğur POSTACI’ya, annem Hamide POSTACI’ya ve ablam Gonca POSTACI’ya,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	4
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	4
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.3.1. Kan basıncı düzeyine göre sınıflandırma.....	5
2.3.2. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırma	6
2.3.3. Etiyolojiye göre sınıflandırma	8
2.4. Hipertansiyon Taraması	9
2.5. Hipertansiyonun Tedavisi.....	10
2.5.1. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Farmakolojik Olmayan Tedavi.....	10
2.5.2. Farmakolojik Tedavi.....	14
2.6. Antihipertansif Tedaviye Uyum	24
2.7. Hipertansif Hastanın Takibi	26
2.8. Öz Etkililik Kavramı	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yeri.....	28
3.2. Araştırmanın Tipi	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	28
3.6. Araştırmanın Tasarımı.....	29
3.7. Etik Kurul Onayı	29
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇLAR.....	74

7. ÖNERİLER.....	78
8. KAYNAKLAR.....	79
9. ÖZET	87
10. ABSTRACT	89
11. EKLER.....	91



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Anjiotensin Converting Enzim
AHA	American Hypertension Association
ARB	Anjiotensin Reseptör Blokörü
AV	Atrioventriküler
BB	Beta Blokör
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
ESH/ESC	Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti/Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HDL	Yüksek yoğunluklu lipoprotein
HT	Hipertansiyon
INTERSALT	İnternational Study of Electrolyte Excretion and Blood Pressure
ISH	Uluslararası Hipertansiyon Derneği
JNC	American Joint National Committee
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KB	Kan Basıncı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KKB	Kalsiyum Kanal Blokörü
KV	Kardiyovasküler
KVH	Kardiyovasküler Hastalık

KY	Kalp Yetmezliği
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MI	Miyokard İnfarktüsü
mmHg	Milimetre Civa
Patent	Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
RAAS	Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. 2023 ESH Kılavuzuna göre 18 Yaş ve Üstü Erişkinler İçin Kan Basıncının Sınıflandırılması.....	6
Çizelge 2.2. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları	7
Çizelge 2.3. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Hastalık İçin Risk Faktörleri	7
Çizelge 2.4. Sekonder hipertansiyon düşündürülen durumlar	8
Çizelge 2.5. Sekonder hipertansiyonun yaşa göre sıklıkları ve tipik nedenleri	9
Çizelge 2.6. Kan basıncı düşürücü ilaçların dikkatli kullanımını gerektiren zorlayıcı kontrendikasyonlar ve durumlar	18
Çizelge 2.7. Hipertansiyonlu hastalarda BB kullanımı için seçilmiş hastalıklar ve durumlar	21
Çizelge 2.8. Hipertansif Hastanın Tedavi Uyumunu Arttırıcı Yöntemler	25
Çizelge 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	32
Çizelge 4.2. Hipertansiyon Hastalığı Özellikleri	33
Çizelge 4.3. Egzersiz, Sigara ve Alkol Tüketimi	33
Çizelge 4.4. Anket Yapılan Poliklinik	34
Çizelge 4.5. Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği	35
Çizelge 4.6. Morisky İlaç Uyum Ölçeği	36
Çizelge 4.7. Yaş Gruplarına Göre Hastaların Ölçek Skorları	37
Çizelge 4.8. Yaş ile Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru Arasındaki Korelasyon	38
Çizelge 4.9. Cinsiyete Göre Hastaların Ölçek Skorları.....	38
Çizelge 4.10. Medeni Duruma Göre Hastaların Ölçek Skorları	39
Çizelge 4.11. Eğitim Duruma Göre Hastaların Ölçek Skorları.....	40
Çizelge 4.12. Gelir-Gider Durumuna Göre Hastaların Ölçek Skorları	40
Çizelge 4.13. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Hastaların Ölçek Skorları	41
Çizelge 4.14. Hipertansiyon Hastalığı Süresine Göre Hastaların Ölçek Skorları..	42
Çizelge 4.15. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Hastaların Ölçek Skorları.....	43
Çizelge 4.16. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hastaların Ölçek Skorları	44
Çizelge 4.17. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hastaların Ölçek Skorları	45

Çizelge 4.18. Alkol Kullanımına Göre Hastaların Ölçek Skorları.....	46
Çizelge 4.19. Anket Yapılan Polikliniğe Göre Hastaların Ölçek Skorları.....	47
Çizelge 4.20. Yaş Gruplarına Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları.....	48
Çizelge 4.21. Cinsiyete Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları	49
Çizelge 4.22. Medeni Duruma Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları	49
Çizelge 4.23. Eğitim Duruma Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları	50
Çizelge 4.24. Gelir-Gider Durumuna Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları.....	51
Çizelge 4.25. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları.....	52
Çizelge 4.26. Hipertansiyon Hastalığı Süresine Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları.....	53
Çizelge 4.27. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları ..	54
Çizelge 4.28. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları.....	56
Çizelge 4.29. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları .	58
Çizelge 4.30. Alkol Kullanımına Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları	59
Çizelge 4.31. Anket Yapılan Polikliniğe Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları ...	60
Çizelge 4.32. Morisky İlaç Uyum Ölçeği Boyutlarına Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1. Toplam Kardiyovasküler Risk ve Tedavi Öncesi Kan Basıncı Düzeylelerine Göre Yaklaşım	15
Şekil 4.1. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru.....	43
Şekil 4.2. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru	44
Şekil 4.3. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru	45
Şekil 4.4. Gelir-Gider Durumuna Göre Kilonun Kontrol Altına Alınması Skoru	51
Şekil 4.5. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Günlük Tuz Tüketimi Skoru	54
Şekil 4.6. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Yemek Pişirme Yöntemi Skoru	54
Şekil 4.7. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Evde Tansiyon Ölçme Skoru	55
Şekil 4.8. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yemek Pişirme Yöntemi Skoru	56
Şekil 4.9. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Evde Tansiyon Ölçme Skoru.....	57
Şekil 4.10. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Kilonun Kontrol Altına Alınması Skoru	57
Şekil 4.11. Sigara Kullanım Durumuna Göre Stresten Uzak Durma Skoru	58
Şekil 4.12. Anket Yapılan Polikliniğe Göre Kilonun Kontrol Altına Alınması Skoru	60
Şekil 4.13. Morisky İlaç Uyum Ölçeği Boyutlarına Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru	61

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası Hipertansiyon Derneği (ISH), Sekizinci Ortak Ulusal Komite (JNC 8), Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) gibi çoğu kılavuza göre hipertansiyon tekrarlanan klinik ölçümlerde sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg, diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg üstünde olması olarak tanımlanmaktadır (1–4). Amerikan Kardiyoloji Derneği / Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) ise 2017 yılında yayınladığı hipertansiyon kılavuzunda yaşam tarzı değişikliği (YTD) ve tıbbi tedavi başlama sınırını daha önce kabul edilen 140/90 mmHg sınırından 130/80 mmHg sınırına çekmiştir (5,6). Türkiye’de Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından 2022 yılında yayınlanan Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu’nda hipertansiyon için eşik değer olarak 140/90 mmHg değeri kullanılmaktadır (7).

Kronik hastalıkların en sık görülenlerinden hipertansiyon (HT) küresel bir halk sağlığı sorunudur (8). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre dünya çapında tahminen 1,13 milyar insanın hipertansiyonu vardır ve bu kişilerin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (9). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından yapılan 18-80 yaş arası yaklaşık 5000 bireyin katıldığı Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında (PatenT) Türkiye’de HT prevalansının %31,8 olduğu gösterilmiştir (10). PatenT çalışmasının devamı niteliğinde 2012 yılında yapılan PatenT2 çalışmasında HT prevalansının %30,3 olduğu ve 50’li yaşlardan itibaren hipertansiyon prevalansında belirgin bir artış olduğu gözlenmiştir (11). Hipertansiyon hastalığı farkındalık oranının 2003 yılında yapılan PatenT çalışması ile kıyaslandığında %40,7’den %54,7’ye yükseldiği görülmüştür (10,11).

Hipertansiyon; kardiyovasküler, serebrovasküler, renal komplikasyonlarla en başta gelen ölüm nedenlerindendir. Ciddi komplikasyonları olması sebebiyle yaşam tarzı değişikliği ile başlanılarak çeşitli medikal tedaviler ile regülasyon sağlanmaya çalışılmaktadır. Tedaviye uyum gösteren hastaların, tansiyonlarını kontrol altında tutmada daha başarılı olduğu bilinmektedir (12).

Dünyada 2019 yılı rakamlarına göre meydana gelen 55,4 milyon ölümün 41 milyonunun (%74) nedeni kronik hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre Avrupa Bölgesi'nde kronik hastalıklar tüm hastalık yükünün %77'sini oluşturmuştur (13–15). Sürekli bakım ve tedavi gerektiren bir kronik hastalıkla yaşamak zorunda olan bireylerin, yaşam tarzı değişiklikleri yapmak üzere adımlar atması ve hastalık süreci ile baş edebilmesi için yeni beceriler kazanmalarında sonuçtan beklentileri ve öz etkililik inançları önemlidir. İnsan doğasında temel ve önemli bir rolü olan öz etkililik, insan davranışlarını direkt olarak etkilemekte ayrıca beklentiler, hedefler, arzular, sosyal çevrede algılanan fırsatlar ve zorluklar gibi faktörlere de etki etmektedir (16).

Türkiye'de hipertansiyon farkındalık oranlarının ve farkında olanların da düzenli kontrol ile tedavi altında olma oranlarının genel olarak yetersiz olduğu bilinmektedir (17). Hipertansiyonda farkındalığın gelecek yıllarda artırılması için hastaların hem sağlık sorumluluğu hem de öz etkililiklerini dolayısıyla hastalıkla baş etme kapasitelerini geliştirmek hastalık yönetimi konusunda çok önemlidir. Öz etkililik algısı, kişilerin aktivitelerini belirlerken neleri yapacağı, neleri yapmayacağına karar verirken önemli bir rol alır. İstenilen sağlık davranışlarını başlatarak sürdürebilmek için önemli bir adımdır. Bireylerin öz etkililik seviyesinin yükselmesi bireylerden istenilen sağlık davranışları sergilemesine neden olur (18). Kilo kontrolü, egzersiz, sigara ve alkolü bırakma gibi pek çok sağlık davranışı konusunda yararlı olan öz etkililik algısı kronik hastalıkların yönetiminde de son derece önemlidir (19).

Yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarının büyük bir bölümünün kontrollerine düzenli gitmediği, yarısına yakınının kullandığı antihipertansif ilaçları düzenli içmedikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde hastaların yarısının hipertansiyon tanısı aldıkları ilk bir yıl içinde, yarısından fazlasının da yaklaşık beş yıl sonra ilaç içmeye devam etmedikleri saptanmıştır (20).

Demirbaş ve arkadaşları çoklu ilaç kullanan yetişkin hastaların tedaviye uyumlarını ve öz etkililik düzeylerini değerlendirmiş, çalışmaya katılan hastaların %46,2'sinin düzenli ilaç kullanmadığını belirlemişlerdir. Hastalıkları ve tedavi süreci hakkında bir sağlık çalışanı tarafından eğitim verilmiş hastaların da ilaç uyum ve tedaviye motivasyon oranlarının artmış olduğu gözlenmiştir (21).

Pahria ve arkadaşlarının komplikasyonları olan hipertansiyon hastalarında öz bakım davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirdiği çalışmasında öz bakım davranışlarını etkileyen en baskın faktörün hastalığın algılanması olduğu görülmüştür ve sağlık çalışanlarının, komplikasyonları olan hipertansiyon hastalarının öz bakım davranışlarını iyileştirmek için yenilikçi müdahaleler kullanarak hasta algısını artırmaları önerilmiştir (22).

Hipertansiyon hastalık yönetiminde başarı sağlanabilmesi için bireylerde ilaç uyumlarının artırılması, öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi ve artırılması gerektiği düşünülmektedir. Biz çalışmamızda hipertansiyon tanısı olan hastaların öz etkililik düzeylerine göre ilaç uyumunu, uyumu ve öz etkililik düzeyini etkileyen faktörleri değerlendirip elde ettiğimiz verilere göre hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunu ve öz etkililik seviyelerini artırmak için yapabileceğimiz şeyleri belirlemeyi ayrıca hipertansiyon hastalarında farkındalık oluşturarak hastalık algısını artırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, kan basıncı regülasyonunun bozulması nedeniyle kan damarlarındaki basıncın yükselmesiyle seyreden, uç organ hasarına neden olabilen yaygın görülen kronik bir hastalık olarak bilinmektedir. Çoğu kılavuza göre tekrarlayan ölçümlerde sistolik kan basıncının 140mmHg, diastolik kan basıncının 90 mmHg'ın üstünde olması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması olarak tanımlanır (1,3,12).

Hipertansiyon, sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranı, kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Hipertansiyonun belirlenmesinin ve tedavisinin amacı kalp, beyin, damar ve böbrek hastalıkları riskini ve eşlik eden morbidite ile ölüm oranını azaltmaktır. Bu nedenle, yüksek riskli bireyleri belirlemek, izlem ve tedavi ilkelerini sağlamak amacıyla, sürekli güncellenen kılavuzların öncülüğünde yetişkinler için kan basıncı sınıflamaları yapılmaktadır (7).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Dünya çapında tahminen 1,13 milyar insanın HT'u vardır ve çoğu (üçte ikisi) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. DSÖ'ne göre en yüksek HT prevalansına Afrika bölgesi (%27); en düşük HT prevalansına Amerika bölgesi (%18) sahiptir (9,23). Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasıdır. Bu çalışmada, hipertansiyon prevalansının %33,7 olduğu saptanmıştır. Bölgesel olarak değerlendirildiğinde hipertansiyon sıklığı en yüksek Karadeniz bölgesinde (%57), en düşük Ege bölgesinde (%41.8) tespit

edilmiştir (24). Daha yakın zamanda tanımlanmış olan Türk HT Prevalans Çalışması (PatenT2) 'nda 18 yaş ve üstü erişkinlerde HT prevalansı, %30,3 olarak bulunmuştur. HT prevalansı kadınlarda %32,3 erkeklerde %28,4'tür. HT'lu kişilerin %54,7'si tanılarının farkındayken, yalnızca %47,4'ü farmakolojik tedavi almaktadır ve sadece %28,7'sinin kan basıncı kontrol altındadır (11).

HT sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Framingham Kalp Çalışmasında, 55-65 yaş arası kan basıncı normal olan bireylerde ileri yaşlarda HT gelişme riski %90 bulunmuştur. Aynı çalışmada, 55 yaşındaki bireylerin yarısından fazlasında ve 65 yaşındaki bireylerin yaklaşık üçte ikisinde 10 yıl içinde HT geliştiği gösterilmiş; takiplerinde erkek ve kadınların yaklaşık %60'ı kan basıncını düşüren ilaçlar kullanmıştır (25). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 yılı ölüm nedeni istatistikleri değerlendirmesine göre tüm ölümler içerisinde dolaşım sistemi nedenli ölümler %33,4 ile birinci sıradadır. Dolaşım sistemine bağlı ölümler içerisinde HT'a bağlı ölümler ise %10,9'dur (26). Dolayısıyla ülkemizde ölüm nedenlerinin yaklaşık %3,6'sı HT'a bağlıdır ve toplumdaki sıklığının azaltılması ve kontrol altına alınması gerekmektedir.

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.3.1. Kan basıncı düzeyine göre sınıflandırma

Günümüzde hipertansiyon sınıflamasında kullanılan çok sayıda kılavuz vardır. Bu güncel kılavuzlara göre 18 yaş ve üstündeki erişkinlerin kan basınçları genel olarak optimal, normal, yüksek-normal ve hipertansiyon (HT) olarak dört dereceye ayrılmıştır. HT da kılavuzlarda değişkenlik gösterse de kan basıncı düzeylerine göre genellikle üç evreye ayrılmıştır. Güncel yayınlanan 2023 ESH kılavuzunda izole sistolik ve izole diastolik hipertansiyon da ayrıca belirtilmiştir (Çizelge 2.1) (4).

Çizelge 2.1. 2023 ESH Kılavuzuna göre 18 Yaş ve Üstü Erişkinler İçin Kan Basıncının Sınıflandırılması

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

2.3.2. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırma

Kan basıncı yüksekliğini tespit ve tedavi etmenin amacı kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. HT'ü sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı da değerlendirilmelidir. Yüksek - normal kan basıncı ile 1. 2 ve 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar A, B ve C risk gruplarına ayrılmıştır ve buna göre değerlendirilmektedir. Risk grubu A'da kan basıncı ne düzeyde olursa olsun, klinik olarak kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B'de hastalarda klinik olarak kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışında 1 veya daha fazla risk faktörü bulunur. Risk grubu C'de ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu mevcuttur (Çizelge 2.2). Kan basıncı düzeyi ve risk grupları (Çizelge 2.3) ile yapılan sınıflandırma doğrudan tedavi yaklaşımı ve prognozun belirlenmesi ile bağlantılıdır (12).

Çizelge 2.2. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları

Kan basıncı derecesi (mmHg)	Risk grubu A Risk faktörleri yok HOH/KKH yok	Risk grubu B Diyabet hariç en az bir risk faktörü var HOH/KKH yok	Risk grubu C HOH/KKH ve/veya var (diğer risk faktörleri var veya yok)
Yüksek-normal (130-139 /85-89)	Farmakolojik olmayan tedavi	Farmakolojik olmayan tedavi	İlaç tedavisi *
Evre 1 (140-159/90-99)	Farmakolojik olmayan tedavi (12 aya kadar)	Farmakolojik olmayan tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi
Evre 2 ve 3 (≥ 160 / ≥ 100)	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi
*Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği veya diyabeti olanlar Kısaltmalar: HOH: Hedef organ hasarı, KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık, DM: Diabetes mellitus			

Çizelge 2.3. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Hastalık İçin Risk Faktörleri

Major faktörler

- Yaş: Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olmak
- Sigara
- Hiperkolesterolemi (total kolesterol > 240 mg/dl veya LDL -kolesterol > 160 mg/dl.
- Diabetes mellitus
- Serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile öyküsü (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın üstünde)

Minor faktörler

- Yaş: Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olmak
- Ilımlı hiperkolesterolemi (total kolesterol >200 mg/dl veya LDL-kolesterol >130 mg/dl)
- Düşük HDL-kolesterol (< 35 mg/dl)
- Hipertrigliseridemi (> 200 mg/dl)
- Şişmanlık
- Azalmış glukoz toleransı
- Sedanter yaşam tarzı

Hedef organ hasarı/Klinik kardiyovasküler hastalık

- Kalp hastalıkları
 - Sol ventrikül hipertrofisi
 - Angina/geçirilmiş miyokard infarktüsü
 - Geçirilmiş koroner revaskülarizasyon
 - Kalp yetersizliği
- İnme veya geçici iskemik atak
- Nefropati
- Periferik arter hastalığı
- Retinopati

2.3.3. Etiyolojiye göre sınıflandırma

Hipertansiyon etiyolojisine göre primer (esansiyel) ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Esansiyel HT'nun sebebi net olarak bilinmemekle birlikte HT vakalarının yaklaşık %95'ini oluşturmaktadır. Sıklıkla orta yaş grubunda görülmektedir. Oluşmasında ise genetik ve çevresel faktörler etkilidir. Ailesel yatkınlığın ön planda olması esansiyel HT'nun genetik zemini olduğu düşüncesini desteklemektedir. Genetik olarak renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin ve sempatik sinir sisteminin uygun olmayan şekilde yüksek aktivitesi ve çevresel faktörlerden aşırı tuz alımı, obezite ve hareketsiz yaşam tarzının etkili olabileceği düşünülmektedir (27).

Hipertansiyon altta yatan tespit edilebilir bir nedene bağlı olarak ortaya çıktığında ise sekonder hipertansiyon (SHT) olarak tanımlanır. Tüm hipertansiyon vakalarının yaklaşık %5'ini oluşturur. Ancak sıklığı toplum özelliklerine göre farklılık gösterebilir. Tespit edilmesi etiyolojik faktör ortadan kaldırıldığında tedavi edilebilmesi ve uzun dönemde daha iyi kan basıncı kontrolünü sağlaması açısından oldukça önemlidir (7,27). Bu nedenle sekonder hipertansiyondan şüphelenmemiz gereken nedenleri (Çizelge 2.4) ve olası sebepleri (Çizelge 2.5) değerlendirebilmemiz gerekmektedir (28). Birinci basamakta değerlendirilen hastalarda %3-5 oranında görülmektedir (29).

Çizelge 2.4. Sekonder hipertansiyon düşündürülen durumlar

- 40 yaş altında evre 2 hipertansiyon, çocuklukta başlangıç
- Hipertansif acil ile başvuran evre 3 hipertansiyon
- Dirençli hipertansiyon
- Daha önce kronik stabil normotansif seyreden hastalarda kötüleşen hipertansiyon
- Hipertansiyon evresiyle orantısız hedef organ hasarı
- Ailede hipertansiyon olmaması
- Ailede böbrek hastalığı öyküsü
- Hipokalemi
- Palpasyonda böbrekte büyüme
- Kronik böbrek hastalığını düşündürülen belirti ve bulgular
- Feokromasitoma semptomları veya aile öyküsü
- Endokrinolojik nedenleri düşündürülen bulgular (Cushing, akromegali, tiroid hastalığı bulguları)
- Obstrüktif uyku apne sendromunu düşündürülen klinik bulgular
- Oskültasyonda üfürüm
- Radyo-femoral nabız gecikmesi

Çizelge 2.5. Sekonder hipertansiyonun yaşa göre sıklıkları ve tipik nedenleri

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

2.4. Hipertansiyon Taraması

Hipertansiyon erken ölüm, kalp krizi, böbrek yetmezliği ve felç gibi önemli olumsuz sağlık durumlarına katkıda bulunan yaygın bir etken olduğu için 18 yaş ve üzerindeki hastalarda kan basıncı yüksekliğini saptamak amacıyla rutin tarama yapılması önerilmektedir. ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü, kan basıncı ölçümünün, yüksek tansiyon nedeniyle artan kardiyovasküler hastalık açısından risk altındaki yetişkinleri tanımlayabildiğine dair iyi kanıtlar bulmuştur (30).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu aile hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberinde hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda ve 18 yaşından büyük yetişkinlerde yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılması önerilmektedir (31).

2.5. Hipertansiyonun Tedavisi

Tedavide yaşam tarzı değişikliklerini (YTD) kapsayan farmakolojik olmayan tedavi ve farmakolojik tedavi olmak üzere iki strateji vardır. Hipertansiyon tedavisi kronik bir sürece yayıldığından dolayı genel olarak her iki tedavi yöntemi birlikte uygulanmaktadır (7).

2.5.1. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Farmakolojik Olmayan Tedavi

Düşük risk grubunda olan hipertansif hastalarda yaşam tarzında uygun değişiklikler yapılması ilk tedavi seçeneği olmalıdır. Farmakolojik olmayan tedavinin yerini dolduracak farmakolojik bir tedavi yoktur ve tedavinin her aşamasında uygulanması önemlidir (7).

YTD, hipertansiyon başlangıcını geciktirmekte ve kardiyovasküler (KV) riski azaltmaktadır. Ayrıca evre1 HT hastalarında ilaç başlama ihtiyacını geciktirmekte ve ilaç tedavisi alan hastalarda da tedavi etkinliğini artırarak kullanılacak ilaç miktarını azaltmakta fayda sağlamaktadır. Hastaların kan basıncı hangi evrede olursa olsun uygun yaşam tarzı değişikliklerinin önerilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte hedef organ hasarı ve yüksek KV riski olan hastalarda ilaç tedavisine başlanma süresinin de geciktirilmemesi gerekir (1,3,4,12).

- **Tuz Kısıtlaması**

Aşırı sodyum tüketimi hipertansiyon prevalansını ve kan basıncı yükselişini artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yetişkinler için hastalıklardan korunmak amacıyla günde 2000 mg'dan az sodyum tüketilmesini önermektedir. Bu da yaklaşık olarak 5 gram (1 çay kaşığı) tuza eşdeğerdir. Bununla birlikte yetişkinlerin dünya genelinde ortalama 4310 mg/gün sodyum (10,78 g/gün tuz) aldığı görülmüştür (32). Ülkemizde Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 2007 yılında yapılan SALTURK-1 çalışmasında günlük tuz tüketim miktarı 18 g/gün, devamında 2012 yılında yapılan SALTURK-2 çalışmasında $14,8 \pm 5,4$ g/gün olduğu saptanmıştır ve dünyanın birçok bölgesinde olduğu gibi Türkiye'de de günlük tuz tüketimi oldukça yüksek bulunmuştur

(33,34). Tuz tüketimiyle sistolik ve diyastolik kan basınçları arasında pozitif ilişki saptanmıştır ve her 100 mmol/gün (2,4 gram Na ya da 6 gram NaCl) sodyum tüketiminin sistolik ve diyastolik kan basınç değerlerinde sırasıyla 5.8 ve 3.8 mmHg artışa yol açtığı bulunmuştur (33,35). Hastalara günde 100 mmol'den az sodyum ya da 6 gramdan az NaCl (tuz) almaları önerilmelidir. Diyetle alınan sodyumun önemli bir kısmı işlenmiş gıdalardan geldiği için bu tür gıdalardan kaçınılmalı ve sofrada tuzluk kullanılmamalıdır (12).

- **Potasyum Alımı**

Diyetle, taze meyve ve sebzelerle alınan yaklaşık günde 90 mmol potasyum hipertansiflerde kan basıncını düşürür. Randomize kontrollü klinik çalışmalarda bu düşme yaklaşık sistolik kan basıncında 4.4 mmHg, diyastolik kan basıncında 2.4 mmHg'dır. Potasyum sitrat veya potasyum bikarbonat kullanılması potasyum klorürden daha fazla kan basıncının azalmasını sağlar (12).

- **Diğer Beslenme Önerileri**

Sağlıklı beslenme ile hipertansif bireylerde sistolik kan basıncında 11 mmHg kadar azalma sağlanabilmektedir. Hipertansiyon kontrolünde sebze (özellikle köklü ve yapraklı sebzeler) ve meyve, tam tahıllı gıda ürünleri ve poliansature yağlar diyetle tercih edilmelidir. Şeker ve satüre yağların kullanımı ise azaltılmalıdır. DASH diyeti olarak isimlendirilen bu uygulamanın prehipertansiyondan hipertansiyona geçişi önlediği tespit edilmiştir (7). Kan basıncını azaltmak için en iyi bilinen diyet müdahaleleri DASH diyeti ve Akdeniz diyeti olmakla beraber DASH yeme planı kan basıncı (KB) düşürme etkinliğinin en iyi gösterimini sunar. DASH diyeti tam tahılların, meyvelerin, sebzelerin ve az yağlı süt ürünlerinin tüketimini teşvik ederek potasyum, kalsiyum, magnezyum ve lif alımını artırmak için bir araç sağlar. Yüksek kaliteli kanıtlar, DASH diyetinin, hipertansiyon durumundan bağımsız olarak, SKB ve DKB'de önemli bir azalma ile sonuçlandığını doğrulamaktadır. DASH diyetine ılımlı bağlılık bile, tüm nedenlere bağlı ve nedene özgü ölüm riskinin daha düşük olmasıyla ilişkilidir. Akdeniz diyetine daha fazla bağlılığın KV insidans veya mortalitede %10'luk bir azalma ile ilişkili olduğu da bulunmuştur. Vejetaryen, paleolitik, düşük

karbonhidratlı, düşük glisemik indeksli, yüksek proteinli ve düşük yağ içerikli diğer diyetlerin de KB'nı azalttığı gösterilmiştir, ancak sonuçlar tutarsızdır ve kanıt kalitesi düşüktür (4).

Lifli gıdalar daha fazla potasyum daha az sodyum içermektedirler. Günde 12 gr'dan daha az lifle beslenenlerde, HT gelişimindeki relatif risk, 24 g lifle beslenenlere göre 1,6 kat daha fazla bulunmuştur. Omega-3 çoklu doymamış yağ asidi günde 3-6 g alınırsa hipertansif hastalarda sistolik kan basıncında 4 mmHg, diyastolik kan basıncında 3 mmHg düşme sağlamaktadır. Kafein sistolik ve diyastolik kan basıncını, birkaç saat süre ile 5-15 mmHg yükseltebilir. Günde 3-4 fincan kahve içerek alınan kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi hipertansif hastalarda farklılık gösterebilir ve bu nedenle kafeinin kan basıncını yükseltme etkisi her hastada kan basıncı ölçülerek kontrol edilmelidir. Anlamlı bir etki saptanırsa kafeinsiz içecekler önerilmelidir (12).

Randomize kontrollü çalışmalarda diyetle alınan sarımsağın kan basıncını düşürdüğü tespit edilmiştir fakat kan basıncını kontrol etmedeki etkisi zayıftır. Kakao tüketimi de kan basıncını 2-8 mmHg azaltmaktadır ancak uzun dönem etkisi bilinmemektedir (7).

• Alkol Kullanımı

Etil alkol miktarı günde 28-55 gramı geçenlerde HT prevalansı daha fazladır ve akut kan basıncı yükselmesi görülür. Bu kişilerde alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta, inme riskini artırmaktadır. Alkol tüketimi günlük 60 ml viski, 300 ml şarap veya 720 ml birayla sınırlandırılmalıdır. Zayıf insanlarda alkolün etkisinin daha fazla olabileceğinden ve kadınlarda etil alkolün emiliminin erkeklere göre daha fazla olduğundan bu kişiler belirtilen değerlerden daha az alkol kullanmalıdırlar (12). Aşırı alkol tüketiminden kaçınılmalı ve kafa içi kanama riski yüksek olan hastalara bu konuda tavsiyelerde bulunulmalıdır. Ayrıca hafta boyunca alkol alımının ölçülü olması ve alkolsüz günlerin uygulanması kan basıncı kontrolünü iyileştirmek için tavsiye edilir (4).

- **Sigara Bırakma**

Sigara içmek, sempatik sinir sistemini aktive ederek miyokardın oksijen ihtiyacını ve kan basıncını artırır (7). Her sigara içiminden sonra 15-30 dk. süren akut kan basıncı yükselmesi olup 24 saatlik ambulator kan basıncı ölçümlerinde de yükselmeler gösterilmiştir. Sigara içimi kardiyovasküler hastalık riskini artıran bir faktördür ve kardiyovasküler olumlu etkiler tütün içiminin bırakılmasından sonraki bir yıl içinde görülür. Sigarayı bırakmak hipertansiyonda ilaç tedavisine karşı direncin önlenmesi ve kardiyovasküler riskin azaltılması için gereklidir. Nikotin burun spreyinin kan basıncı üzerinde etkisi bilinmese de nikotin bantları kan basıncını yükseltmemektedir ve sigarayı bırakmak için kullanılabilirler (12).

- **Kilo Verilmesi**

Beden kütle indeksinin 27 veya daha fazla olmasının kan basıncı yüksekliği ile ilişkisi vardır. Başlangıçta 5 kg kadar zayıflama, hipertansif hastaların çoğunda kan basıncının anlamlı derecede düşmesini sağlar. Kontrollü klinik çalışmalarda yaklaşık 1 kg kaybetmenin sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 1.6 mmHg ve 1.3 mmHg düşüş sağladığı gösterilmiştir (12).

- **Düzenli Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite, akut olarak kan basıncını yükseltebilir fakat düzenli aerobik egzersizler hipertansiyonun tedavisine, KV riskin ve mortalitenin azalmasına katkı sağlar. Yapılan çalışmalar hipertansif hastalar için haftada 5-7 gün en az 30 dakikalık orta yoğunluklu dinamik aerobik egzersiz (yürüyüş, koşu, bisiklete binme, yüzme) ve haftada 2-3 gün direnç egzersizleri yapılmasının önerilmesi gerektiğini göstermektedir (3).

Aerobik egzersizle ortalama SKB azalmaları, normotansiyonu ve hipertansiyonu olan yetişkinlerde sırasıyla yaklaşık 2-4 ve 5-8 mmHg'dir. Egzersiz yoğunluğu ile ilgili olarak, hipertansiyonu önlemek ve tedavi etmek için orta yoğunlukta aerobik egzersiz (%40-60 kalp atış hızı rezervi) önerilir ancak birçok hipertansif hasta çeşitli komorbiditelerle başvurur, daha yaşlıdır veya üstlenebilecekleri fiziksel aktivite düzeyi sınırlıdır. Bu bağlamda, 73 çalışmayı

içeren bir Cochrane meta-analizinin, yürümenin halen anlamlı KB azalmalarına yol açtığına dair orta-kesinlikli kanıt bulması önemlidir (4).

- **Stresin Azaltılması**

Stres ve anksiyete, artmış hipertansiyon ve KV olay riski ile ilişkili bulunmuştur. Mental distressi olan hastalarda kan basıncında ani bir artış gelişebilir ve bu sıkıntı giderildiğinde normale dönebilir. Artan kanıtlar ayrıca yoğun travmatik yaşam olaylarına maruz kalma ile artmış hipertansiyon riski arasında ilişki kurmaktadır (4). Kan basıncı kontrolü için günlük 15 dakika yavaş ve düzenli nefes egzersizi yapılması (dakikada <10 nefes) önerilmektedir. Biyolojik-geri besleme (biological feed-back), yoga, transandantal meditasyon, psikoterapi gibi bilişsel davranışsal yaklaşımlar da kan basıncında kısa süreli düşme sağlayabilirler. Ayrıca gece en az 6 saat kaliteli uyku, yüksek kan basıncının kontrol altına alınmasını kolaylaştırır ve bu hastalarda OSAS varsa tedavi edilmelidir (7,12).

2.5.2. Farmakolojik Tedavi

Antihipertansif tedaviye başlama kriterleri sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ile total kardiyovasküler risk düzeyine ve eşlik eden hastalıklara göre belirlenir. Aynı zamanda sigara, dislipidemi, abdominal obezite, diyabet gibi reversibl risk faktörleri de belirlenmeli ve birlikte olduğu koşullarda kan basıncı yüksekliği tedavi edilirken onlar da uygun yöntemlerle tedavi edilmelidir (7,8).

Risk temelli yaklaşım

Toplam kardiyovasküler risk, yetişkin bir insanın yakın gelecekte kardiyovasküler hastalık (KVH) yaşama olasılığıdır. Toplam KVH riski, bazı önlenemeyen ve önlenemeyen risk faktörlerinin gelecekte KVH riski üzerine etkisini ifade eder. KVH gelişiminde önlenemeyen (yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık) ve önlenemeyen (sigara içimi, dislipidemi, hipertansiyon, obezite vb.)

pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinin miktarı ve şiddeti her insanda farklılık gösterdiği için toplam kardiyovasküler risk hesabıyla kişiye özel KVH riskini tespit etmek mümkün olur (7).

Hipertansiyon tedavisi ile ilgisi nedeniyle her hipertansif hastada toplam kardiyovasküler risk tahmini önerilir (4). Toplam kardiyovasküler risk düzeyini bilmek bir HT hastasında, yaşam biçimi önerilerinde bulunmak, ilaç tedavisine ne zaman başlanacağına karar verebilmek ve tedavinin yoğunluğunu ayarlamak açısından yararlı olacaktır. Böylece, yüksek riski olan hastalara daha erken ve daha etkin tedavi uygulamak mümkün olacaktır. Kardiyovasküler risk düzeyi ne olursa olsun tüm hastalara yaşam tarzı önerileri yapılması gereklidir. KVH riski arttıkça yaşam tarzı değişikliği ile beraber aynı anda ilaç tedavisi düşünülebilir. Bu nedenle, kan basıncı düzeyleri ve toplam kardiyovasküler riske göre hastalara nasıl yaklaşılacağı Şekil 2.1 'de özetlenmiştir (7,36).

10 yıllık ölümcül KHV riski (SCORE)	SKB/DKB Düzeyi (mmHg)			
	130-139/85-89	140- 159/90-99	160-179/100-109	≥180/110
<%1, düşük riskli	Yaşam tarzı önerileri	3-6 ay yaşam tarzı önerileri, hedefe gelmezse ilaç	Yaşam tarzı önerileri + Derhal ilaç	
%1-4, orta derece riskli	Yaşam tarzı önerileri	3-6 ay yaşam tarzı önerileri, hedefe gelmezse ilaç	Yaşam tarzı önerileri + Derhal ilaç	
%5-9, yüksek risk	Yaşam tarzı önerileri	Yaşam tarzı önerileri + Derhal ilaç		
≥%10, çok yüksek risk	Yaşam tarzı önerileri + ilaç düşün	Yaşam tarzı önerileri + Derhal ilaç		
Uyarılama: Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/EAS Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018(33):3021-3104.				

Şekil 2. 1. Toplam Kardiyovasküler Risk ve Tedavi Öncesi Kan Basıncı Düzeylerine Göre Yaklaşım

Pek çok farklı kılavuz farklı risk hesaplayıcılarını kullanmaktadırlar. Tüm skorlama sistemlerinde yaş, cinsiyet, sigara içiciliği, total kolesterol düzeyi ve SKB değerleri ile 10 yıllık süre içinde kardiyovasküler olay görülme riski

hesaplanmaktadır. Ayrıca bir kısmında HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) kolesterol düzeyi, diyabetes mellitus varlığı ve hipertansiyon tedavisi altında olup olmadığı sorgulanmaktadır. Hipertansiyonun neden olduğu organ hasarı söz konusu ise kardiyovasküler risk daha da artmaktadır (7,37). Ülkemizde kullanılacak bir toplam kardiyovasküler risk hesaplayıcısı için ideal olan kendi insanımıza ait özelliklerin dikkate alınarak oluşturulmasıdır. Bu açıdan ülkemizde kardiyovasküler risk tahmini için Avrupa Kardiyoloji Derneği/ Avrupa Ateroskleroz Derneği (ESC/EAS) kılavuzunda belirtilen SCORE (Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi) hesaplama modelinin kullanılması en uygun yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Türkiye KVH açısından yüksek riskli ülkeler içinde olduğu için ESC/EAS kılavuzunda kullanılan SCORE risk hesaplama sistemi çizelgelerinin kullanılması avantaj sağlamaktadır. SCORE çizelgeleri, hem yüksek riskli hem de düşük riskli Avrupa ülkelerinde 10 yıl boyunca kardiyovasküler hastalıktan ölüm riskini tahmin etmektedir ve bu nedenle değiştirilmiş çizelgeler, ayrı ayrı ülkeler için kullanılabilir (4,7).

Avrupa KVH Önleme Kılavuzları, tedavi edilmemiş veya birkaç yıldır stabil olan risk faktörlerine sahip 40-69 yaş arası görünüşte sağlıklı bireylerde bireyin 10 yıllık ölümcül ve ölümcül olmayan KV olay riskini tahmin eden orijinal SCORE'un güncellenmiş bir versiyonu olan SCORE2'yi kullanmıştır. Yaşlı insanlar için (70-89 yaş), bir SCORE2-OP algoritması da mevcuttur. SCORE2 ve SCORE2-OP, DSÖ tarafından yayınlanan ulusal kardiyovasküler mortalite oranlarına göre gruplandırılmış dört ülke kümesi (düşük, orta, yüksek ve çok yüksek KV risk) için kalibre edilmiştir. SCORE2 ve SCORE2-OP ile bir kişinin risk tahmini önce doğru ülke grubu ve buna karşılık gelen risk sınıflandırma tablosu seçilerek yapılır. Tablodan cinsiyet, yaş, SKB düzeyi, sigara içme durumu ve HDL olmayan kolesterol düzeyi (toplam kolesterol – HDL kolesterol) temel alınarak risk tahmin edilmektedir. Risk sınıflandırması, özellikle ilaç tedavisine başlatılıp başlatılmayacağına veya ne kadar hızlı başlatılacağına ilişkin kararı etkileyebileceği için yüksek normal KB veya evre 1 hipertansiyonu olan kişilerde önemlidir. Evre 2 ve 3 hipertansiyonu olan hastalarda, kardiyovasküler risk düzeyine bakılmaksızın ilaç tedavisi kullanılmalıdır, ancak yine de çeşitli tedavi yönleri ve takip stratejileri için risk sınıflandırması önemlidir (4).

İlaç Seçimi

Çoğu hipertansif hasta yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır. Kılavuzlar genelde ek hastalığı olmayan hipertansif bireylerde 4 ana grup ilacın kan basıncı kontrolünde kullanılmasını önermektedir: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiotensin 2 reseptör blokörleri (ARB), kalsiyum kanal blokörleri (KKB) ve diüretikler. Beta blokörler (BB), atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği veya koroner arter hastalığı gibi hastalığı olanlarda hipertansiyon tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir. Bu ilaçlar kontrendikasyonlarına ve hastanın komorbiditelerine göre seçilirler (1,4,7,12,36,38). İlaç sınıflarının seçimi için zorlayıcı veya olası kontrendikasyonlar Çizelge 2.6'da özetlenmiştir (4).

Çizelge 2.6. Kan basıncı düşürücü ilaçların dikkatli kullanımını gerektiren zorlayıcı kontrendikasyonlar ve durumlar

İlaç sınıfı	Kontrendikasyonlar	Dikkatli kullanım
ACEİ ve ARB'ler	- Gebelik ve gebelik planlayan kişiler - Anjionörotik ödem geçirme öyküsü - Şiddetli hiperkalemi ($K > 5.5$ mmol/L) - Bilateral renal arter stenozu ya da tek işlevsel böbrekte stenoz	Güvenilir doğum kontrolü olmayan çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar
Beta blokörler	- Şiddetli astım - Herhangi bir yüksek dereceli sinoatriyal veya atriyoventriküler blok - Bradikardi (örn. kalp hızı < 60 atım)	- Astım - Glukoz intoleransı - Atletler ve fiziksel aktif hastalar
Dihidropridin kalsiyum kanal blokörleri	Kesin kontrendikasyon yok	- Taşikardi - Kalp yetersizliği - Ayak bileği ödemi öyküsü
Dihidropridin dışı kalsiyum kanalı blokörleri (verapamil, diltiazem)	- Herhangi bir yüksek dereceli sinoatriyal veya AV bloğu - Şiddetli LV disfonksiyonu (LV EF $< 40\%$), HFrEF - Bradikardi (örn. kalp hızı < 60 bpm) - P-gp veya CYP3A4'ün aracılık ettiği önemli ilaç etkileşimlerine duyarlı eş ilaçlar	Konstipasyon
Tiazid ve tiazid benzeri diüretikler	- Hiponatremi - Obstrüktif üropatiye bağlı KBH - Sülfanamid alerjileri	- Gut - Glukoz intoleransı - Gebelik - Hiperkalsemi - Hipokalemi - Kemik metastazı olan kanser hastaları
MRA (mineralokortikoid reseptör antagonistleri spironolakton ve eplerenon)	- Şiddetli hiperkalemi (örn. potasyum $> 5,5$ mmol/l) - eGFR < 30 ml/dk/1,73m²	Eplerenon için P-gp veya CYP3A4'ün aracılık ettiği önemli ilaç etkileşimlerine duyarlı eş ilaçlar
Kaynak: Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021–104		

• RAAS blokörleri

ACEİ ve ARB'ler en yaygın kullanılan ilaçlardır. KY, KAH ve yüksek KV riski olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda ACEİ'lerinin önemli faydalar sağladığı gösterilmiştir. Fakat yan etki olarak öksürük yapabilir ve anjionörotik ödem riskini bir miktar artırır. Gebelik, hiperkalemi ($> 5,5$ mmol/L), bilateral renal arter stenozu, anjionörotik ödem öyküsü kontrendikasyonlarıdır. Ayrıca göreceli olarak da kontrasepsiyon kullanmayan gebelik bekleyen kadınlarda kontrendikedir. ARB'ler de ACEİ'leri ile benzer bir antihipertansif etkinliğe ve

koruyucu etkiye sahiptir. Aralarındaki tek fark, tolere edilebilirlik profilleridir. ARB'ler, plaseboya benzer bir yan etki oranına sahiptir ve diğer tüm antihipertansif tedavilerle karşılaştırıldığında en düşük tedaviyi bırakma oranı ile ilişkilidir. RAAS blokörleri kombine edilmemelidir, çünkü ikili RAS inhibisyonunun KV sonuçlara ek bir faydası gösterilmemiştir. Çift RAS blokajının daha büyük bir antialbuminürik etkiye sahip olduğu ve KY'de olumlu etkileri olabileceği gösterilmiş olsa da, böbrek fonksiyon bozukluğu, hiperkalemi ve hipotansiyon gibi istenmeyen yan etkilere neden olabilir (4,12).

- **Kalsiyum kanal blokörleri**

Kalsiyum kanal blokörleri (KKB), vasküler seçici dihidropiridin (DHP) ve DHP olmayan olmak üzere iki gruba ayrılır. KKB'ler, özellikle yaşlı popülasyonda hipertansiyon tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. DHP grubu KKB'leri (özellikle amlodipin) orta derecede negatif inotropik etkileri nedeniyle dikkatli olunması gerekse de, düşük ejeksiyon fraksiyonlu (EF) kalp yetmezliği olan hastalarda yüksek KB'yi kontrol etmek için gerekirse kullanılabilir. Taşikardi, kalp yetersizliği, ayak bileği ödemi öyküsü olanlarda göreceli olarak kontrendikedir. DHP olmayan KKB'ler (diltiazem ve verapamil) vasküler seçici değildir, ancak KB'yi azaltmada da etkilidirler. Ayrıca antiaritmik ilaçlardan sınıf IV'e aittirler. Buna göre sinüs ritmindeki hastalarda atriyoventriküler iletimi geciktirebilir ve kalp hızını yavaşlatabilirler. AF'de BB'lere alternatif olarak kalp hızı kontrolü için kullanılırlar. Belirgin negatif inotropik etkileri nedeniyle şiddetli sol ventrikül disfonksiyonu ($EF < 40\%$) olanlarda ve ileri derece AV blok, bradikardi (kalp hızı < 60) durumlarında kesin, kabızlıkta ise göreceli olarak kontrendikedirler (4).

- **Diüretikler**

Tiyazid ve tiyazid benzeri diüretikler

Tiyazid ve tiyazid benzeri diüretiklerin KV morbidite ve mortaliteyi önlemedeki etkinliği, diğer majör antihipertansif ajanların etkisine benzer görülmekle birlikte KY'yi önlemede diğer ana ilaç sınıflarından daha etkili görünmektedir. Tiazid benzeri diüretiklerden klortalidon ve indapamid,

hidroklorotiyazide kıyasla daha güçlüdür ve daha uzun etki süresine sahiptir, ancak bazı çalışmalarda klortalidon için daha fazla yan etki insidansı bildirilmiştir. Hem tiyazid hem de tiyazid benzeri diüretikler serum potasyumunu düşürebilir. Potasyum metabolik etkilerinde önemli bir rol oynar ve bu etkilerin, potasyum tutucu bir diüretik veya bir RAS blokeri kombinasyonu ile azaldığına dair kanıtlar mevcuttur. Ayrıca doza bağlı olarak insülin direncini ve dolayısıyla yeni başlayan diyabet riskini de artırabilirler (4).

Loop diüretikleri

Tiyazid ve tiyazid benzeri ilaçlar, GFR'si azalmış hastalarda (eGFR <30 ml/dk/1.73m²) daha az etkili antihipertansif ajanlar olarak kabul edilir. Sonuç olarak, loop diüretikleri (furosemid, bumetanid, torasemid/torsemid) genellikle komplike olmayan hipertansiyon tedavisinde endike olmamakla birlikte, evre 4 ve 5 KBH hastalarında (eGFR 30 ml/1.73m²'nin altında) ve şiddetli aşırı sıvı yüklenmesi olan hastalarda kullanılır. İlerlemiş KBH evre 4 ve kontrol edilemeyen veya dirençli hipertansiyonu olan hastalarda KB kontrolünü iyileştirmek için bir loop diüretiği klortalidon ile kombine edilebilir (4).

Potasyum tutucu diüretikler

Amilorid, geç distal tübülün ve toplayıcı kanalın lümen kısmındaki epitelyal sodyum kanallarını doğrudan inhibe eden bir ajandır. Bu nedenle, ödemli durumlarda potasyum tutucu diüretik olarak hipertansiyon ve KY'de tiyazid veya loop diüretiklerle birlikte potasyumun korunması için kullanılır. Triamteren, epitelyal sodyum kanalı üzerinde etkili olan başka bir potasyum tutucu diüretiktir. KB üzerindeki bağımsız etkileri iyi çalışılmamıştır, ancak mevcut kanıtlarda hidroklorotiyazid ile ilişkili olduğunda aditif bir antihipertansif etki göstermektedir (4).

• Beta blokörler

Hipertansif hastalarda; inme, KY ve major KV olay riskini plaseboya göre belirgin olarak azaltırlar. Diğer antihipertansiflerle karşılaştırıldığında büyük kardiovasküler olayları önlemede genellikle eşdeğerdedir ancak inmede daha az

etkilidirler. Ayrıca yatkın bireylerde (çoğunlukla metabolik sendromlu olanlar) yeni başlayan diyabet riskinde artış ile ilişkilidirler. Genel tedavi algoritmasında, yalnızca belirli bir endikasyon olduğunda (örn. KY, anjina, MI sonrası, AF hastalarında veya çocuk doğurma potansiyeli olan veya gebelik planlayan daha genç hipertansif kadınlarda) kullanılması önerilmektedir. BB kullanımı için seçilmiş hastalıklar ve durumlar Çizelge 2.7’ te özetlenmiştir.

Çizelge 2.7. Hipertansiyonlu hastalarda betablokör kullanımı için seçilmiş hastalıklar ve durumlar

Betablokörler için kılavuza yönelik tıbbi tedavi ile seçilmiş endikasyonlar
• Kronik koroner sendromlar, antiiskemik tedavi • Postmiyokardiyal enfarktüs: aritmiler, anjina, bilinen tamamlanmamış revaskülarizasyon, Kalp yetersizliği • Akut koroner sendrom • Koroner hastalık (iskemi), aritmiler ve taşikardi varsa HFrEF ve HFpEF • Atriyal fibrilasyon: önleme, ritim kontrolü, kalp atış hızı kontrolü • Çocuk doğurma potansiyeli olan/gebeliği planlayan kadınlar • Gebelikte hipertansiyon bozuklukları
BB'lerle tedavinin olumlu olabileceği seçilmiş diğer durumlar
• Artmış dinlenme kalp hızı >80 bpm ile hipertansiyon • Acil durum, urgency ve parenteral uygulama • Perioperatif hipertansiyon • Majör kalp dışı cerrahi • Egzersiz ve strese aşırı baskı tepkisi • Hiperkinetik kalp sendromu • Postural ortostatik taşikardi sendromu • Ortostatik hipertansiyon • OSA • Topallama ile periferik arter hastalığı • KOAH • Portal hipertansiyon, siroza bağlı özofagus varisleri ve tekrarlayan varis kanamaları • Glokom • Tirotoksikoz, hipertiroidizm • Üremide hiperparatiroidizm • Migren baş ağrısı • Esansiyel titreme • Performans kaygısı ve kaygı bozuklukları • Psikiyatrik bozukluklar (travma sonrası stres)

- **Mineralokortikoid reseptör antagonistleri**

Dirençli hipertansiyon vakalarında tedaviye mineralokortikoid reseptör antagonistleri (MRA: spironolakton, eplerenon, finerenon) eklenmesi ile hipertansiyon kontrol altına alınabilir. Bu yaklaşım albuminüriyi azaltır, aynı zamanda ek kardiyovasküler yarar sağlayabilir. ACEİ ya da ARB ile birlikte steroid yapıda MRA grubu ilaçlar (örn. spironolakton, eplerenon) kullanıldığında hiperpotasemi ve böbrek fonksiyonunda bozulma riski artabilir. Bu sebeple serum kreatinin ve potasyum düzeylerinin yakın takibi gerekir. Bununla beraber nonsteroid yapıda olan MRA grubu ilaçların (örn. finerenon) daha selektif aktiviteye sahip olması nedeniyle, kısa süreli randomize kontrollü çalışmalarda hiperpotasemi gibi yan etkilerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir ve diyabetik KBH'sı olan hipertansif hastalarda çoğunlukla (%95'ten fazla) kardiyak ve böbrek sonuçlarını azalttığı gösterilmiştir (4,7).

- **Santral etkili ilaçlar**

Santral etkili ilaçlar, yeni ana ilaç sınıflarına göre daha zayıf tolere edilebilirlikleri nedeniyle daha az sıklıkla kullanılmaktadır. Bu nedenle, reserpin, alfa-metildopa, klonidin, moksonidin veya rilmenidin gibi daha eski bileşikler, hipertansiyonun rutin tedavisi için artık önerilmemektedir ve diğer tedavi seçeneklerinin başarısız olduğu nadir dirençli hipertansiyon vakaları ve gebelikte metildopa kullanımı gibi özel durumlar hariç birincil olarak tedavi için kullanılmamaktadır (4).

- **Alfa blokörler**

Alfa blokörler (doksazosin) dirençli hipertansiyonda, plaseboya göre daha etkili ancak spironolaktona göre daha az etkili olarak kan basıncını düşürür. Ölümcül KAH'ı önlemede klortalidon kadar etkili bulunmuştur. Spesifik endikasyonlarda (BPH tedavisinde) tercih edilirler. Ortostatik hipotansiyon ve sıvı retansiyonu gibi yan etkiler gözlenebilir ve bu özellikle yaşlı hastalarda sorun olabilir. Yaşlı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşlı hipertansif hastalarda alfa blokörlerin uygulanması sonrasında muhtemelen ortostatik KB azalmalarının

ve yaralanmaya neden olan düşmelerin bir sonucu olarak, takip eden ay içinde kalça kırığı nedeniyle hastaneye yatışlarda önemli bir artış izlenmiştir (4).

- **Vazodilatörler**

Vazodilatörler, vasküler düz kas hücreleri üzerinde doğrudan gevşetici bir etki sergileyen, böylece vazodilatasyon ve sistemik vasküler direncin azaltılması yoluyla KB'yi azaltan bir ilaç grubudur. Hidralazin ve minoksidil gibi güçlü damar genişleticiler geçmişte ara sıra kullanılıyordu, ancak ciddi yan etkilere sahip oldukları için artık neredeyse terk edilmiş durumdadırlar. Sempatik sinir sisteminin aktivitesinde artış, RAS sisteminin aktivasyonu ile bunun sonucunda taşikardi ve sıvı tutulması gibi yan etkilere neden olabilir. Hidralazin, KB'yi kontrol etmeye yönelik birçok girişime yanıt vermeyen dirençli hipertansiyonda yan etkilerini sınırlamak için her zaman BB'ler ve diüretiklerle kombinasyon halinde ara sıra düşünülebilir. Minoksidil için ciddi bir spesifik yan etki hirsutizmdir. Nitratlar ve nitroprussiat ayrıca vasküler düz kas hücrelerini gevşetir ve KB'yi azaltabilir. İntravenöz nitroprussiatın çok etkili ve iyi kontrol edilebilir bir KB düşürücü etkisi vardır ve bu nedenle hipertansiyonun acil durumlarını yönetmek için kullanılır (4).

İlaç tedavisi stratejisi

Kılavuzlar, hipertansiyonu kontrol etmek için KB düşürücü ilaçları başlatmak ve artırmak için çeşitli farklı stratejiler oluşturmuştur. Eski kılavuzlarda 2018'den önce tedaviye monoterapi ile başlanması ve maksimum doza geçildikten sonra yeni ilaca başlanabileceği öneriliyordu. Ancak monoterapi dozunun artırılması, kan basıncı üzerine az etki etmekte ve yan etkileri çok artırmaktadır. Bu nedenle yeni kılavuzlar, doz artırımından çok kombinasyon tedavisine geçilmesinin daha iyi bir tercih olacağına odaklanmıştır (4,7,12).

Yeni tedavi stratejileri:

1. Birçok hastada tedaviye ikili kombinasyon içeren tek ilaçla başlanır. Bu; daha hızlı, etkili ve öngörülebilirdir.

2. İkili kombinasyonda, RAAS blokörleri ile beraber kalsiyum kanal blokörleri (KKB) ya da diüretikler tercih edilir. Betablokörler (BB) özellikli hasta gruplarında (anjina, postMI, KY, kalp hızı kontrolü) tercih edilir.
3. Monoterapi, düşük riski olan evre1 hastalarda (SKB<150 mmHg), yüksek-normal kan basıncı olup çok yüksek riski olan hastalarda ve yaşlı hastalarda tercih edilir.
4. İkili kombinasyon yetersiz kalırsa farklı bir iki ilaç kombinasyonu denenebilir veya ISH kılavuzlarında önerildiği gibi, aynı iki ilaç kombinasyonunun daha yüksek dozları kullanılabilir. Bir başka seçenek de üçlü tedavi ile devam edilir. Üçlü kombinasyon RAAS blokörleri + KKB + diüretiklerden oluşur.
5. Dirençli hipertansiyonda spironolakton eklenir.
6. Hala kontrol edilemezse diğer ilaç grupları denenir.
7. RAAS blokörlerinin birbiriyle kombinasyonu önerilmez (1,4,7).

2.6. Antihipertansif Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, bir kişinin ilaç almak veya yaşam tarzı değişiklikleri uygulamak gibi davranışlarının, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının kabul edilen önerileriyle ne ölçüde örtüştüğü olarak tanımlanabilir. Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk, hipertansif hastaların %10-80'ini etkiler ve kan basıncının kontrol edilememesinin temel faktörlerinden biridir. Tedaviye zayıf uyum, kan basıncı yükselmesinin büyüklüğü ile ilişkilidir ve hipertansif hastalarda kötü prognozun bir göstergesidir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tedavi uyumunu etkileyen 5 ayrı başlık belirlemiştir:

1. Yaş, ırk, cinsiyet, sosyoekonomik ve eğitim durumu gibi sosyal ve ekonomik faktörler
2. Değişmeye hazır olma, öz etkililik, gelecek planı, sağlık inançları, sağlık okuryazarlığı, bilgisizlik, unutkanlık ve bağımlılık korkusu gibi hastayla ilgili faktörler

3. Tedavinin karmaşıklığı ve maliyeti ve yan etkiler dahil olmak üzere tedaviyle ilgili faktörler
4. Uyuşturucu ve / veya alkol kötüye kullanımı, depresyon, psikoz veya bozulmuş mental kapasite gibi eşlik eden durumlar
5. Hasta-hekim ilişkisi, hekim iş yükü ve tükenmişlik, yetersiz teşvik, yetersiz ve sınırlı bakım koordinasyonu ve yetersiz bakım entegrasyonu gibi sağlık sistemi faktörleri (7).

Her ziyarette antihipertansif tedaviyi artırmadan önce, hastaların antihipertansif tedaviye uyumunun uygun şekilde değerlendirilmesi ve hasta uyumunun artırılması için çalışmak gerekir. Hipertansif hastanın tedavi uyumunu artırıcı yöntemler Çizelge 2.8’de verilmiştir (1,7,12).

Çizelge 2.8. Hipertansif Hastanın Tedavi Uyumunu Arttırıcı Yöntemler

Hekim
Hipertansiyon riskleri ve tedavinin yararları hakkında bilgi vermesi Yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinin önemini vurgulaması Mümkün oldukça tek ilaç temelli bir tedavi stratejisi uygulaması Hastayı tedavi için teşvik etmesi Davranışsal ve klinik iyileştirmeler hakkında geribildirim vermesi Tedavi uyumunun önündeki bireysel engellerin değerlendirilmesi ve çözülmesi Diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları, özellikle hemşireler ve eczacılar ile iş birliği yapması
Hasta
Kendi kendine tansiyon ölçümü becerisi kazanması Motivasyon stratejileriyle birleştirilmiş eğitim Basit hasta sorunlarının kendi kendine yönetiminin sağlanması Hatırlatıcıların kullanımı Aile, sosyal veya hemşire desteği alınması İş yerinde ilaç temininin sağlanması
İlaç
Tek ilaç içinde kombinasyon tedavisine uygun olması Ambalaj üzerinde hatırlatıcı ibarelerin olması Sağlık sisteminde geri ödeme kapsamında olması Saklama koşullarının uygun olması Doktorlar ve eczacılar için mevcut reçete verileri de dahil olmak üzere ulusal veri tabanlarının geliştirilmesi İlaçlara kolay ulaşma

2.7. Hipertansif Hastanın Takibi

Antihipertansif tedaviye başladıktan sonra hasta mümkünse ilk 2 ayda ilacın etkinliği için değerlendirilmelidir. Kan basıncı kontrol altına alınana kadar özellikle uygulanan ilacın olası yan etkileri de gözden geçirilmelidir. Daha sonraki süreçte hastaların kontrol sıklığı, kan basıncının kontrol düzeyine ve hastanın komorbiditelerine bağlıdır. İlaç başlandığında kan basıncını düşürücü etkisini 1-2 hafta içinde göstermesi beklenir fakat tam etkisinin ortaya çıkması 2 ayı bulabilir. Hedefe ulaşıldığı zaman KB kontrolünün hastanın özelliklerine göre 3 ila 6 aylık aralarla yapılması önerilmektedir. Bazı uluslararası rehberler sağlık kuruluşlarının çalışma şartlarına ve uygulama protokollerine göre sonraki bazı ziyaretlerin hemşireler gibi hekim dışı sağlık çalışanları tarafından da yapılabileceğini söylemektedir. Stabil hastalar için, evde kan basıncı izlemi ve hekimle elektronik iletişim de ziyaretlerin sıklığını azaltmak için kabul edilebilir bir alternatif olabilmektedir. Bununla birlikte, risk faktörlerinin ve asemptomatik organ hasarının en az 2 yılda bir ayrıntılı olarak değerlendirilmesi önerilir. Hastaların lipid profilleri, açlık kan şekeri, kreatinin ve potasyum düzeyleri en az yılda bir kez ölçülmelidir. Ayrıca organ hasarının tespiti açısından sabah idrarında üriner protein atılımı ve elektrokardiyografi hasta takiplerinde kullanılabilir (7,12).

Tedavi planları, kan basıncı kontrolüne yönelik bireysel hedefleri, ilaçların potansiyel zararlarını ve olumsuz etkilerini dikkate alan ortak karar almayı içermelidir. Tedavi planına karar verirken iş, ev ve ailenin hasta üzerindeki potansiyel etkileri önemlidir. Hastanın mesleği, destek yapıları ve komorbid durumları, hastanın risk toleransını veya tedavinin olumsuz etkilerini kabul etme yeteneğini ve istekliliğini değiştirebilir. Hastanın KVH riski ortak karar alma sürecine dahil edilmeli ve tedavi risk azaltıcı önlemleri içermelidir. Hastalar, kan basıncı hedeflerini belirlerken karar alma sürecine aktif olarak katılmalı ve hasta tercihlerindeki değişikliklerin tedavi planlamasına dahil edilmesini sağlamak için bu hedefler sıklıkla yeniden değerlendirilmelidir (38).

2.8. Öz Etkililik Kavramı

Öz etkililik, sosyal öğrenme kuramının temel kavramlarından biri olarak, kişinin belli bir durum karşısında başarılı olabileceğine yönelik kendisine olan inancıdır. Öz etkililik algısı, bireyin yapacağı veya sakınacağı aktiviteleri belirlemesinde önemli bir yere sahiptir ve kişinin bir konudaki öz etkililiği arttıkça, o konuda harcadığı çaba da artmaktadır. Hipertansiyonun başarılı yönetimi, ilaç rejimlerine ve diyetle bağlı kalmak gibi kişisel bakım davranışlarına sürekli katılımı gerektirir. Bandura'nın Sosyal Bilişsel Teorisi, öz etkililiğin öz bakım davranışına katılımın önemli bir belirleyicisi olduğunu ileri sürmektedir (39,40).

Öz etkililik algısı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf eder. Dolayısı ile öz etkililik bireyin bir aktivite için hissettiği motivasyonun temel belirleyicisidir. Öz etkililik algısı güçlü olmayan insanlar, olayların görüldüğünden zor olduğunu düşünür, her şeye dar bir bakış açısıyla bakar ve karşılaştığı problemlere çözüm bulamaz. Diğer taraftan algısı güçlü olan insanlar zor işlerde ve olaylarda daha rahat, güvenli ve güçlü olurlar (39,41).

Yapılan bir literatür taramasında 102 çalışma tespit edilip bunların 22'si tam metin incelemesine dahil edilme kriterlerini karşılamış ve 22 çalışmadan 21 inde daha yüksek öz etkililiğin, ilaca uyum, fiziksel aktivite ile diyet değişiklikleri dahil olmak üzere öz bakım davranışlarına katılımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (40). Hipertansiyonda farkındalığın gelecek yıllarda artırılması için hastaların hem sağlık sorumluluğu hem de öz etkililiklerini geliştirmek hastalık yönetimi konusunda çok önemlidir ve öz bakım davranışlarını geliştirmek için iyi tasarlanmış eğitim programlarının uygulanması büyük önem taşımaktadır (42).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerine başvuran hipertansiyon hastalığı olan 18 yaş üstü kişilere uygulanmış olup Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerine başvuran hipertansiyon hastalığı olan 18 yaş üstü kişilere, çalışma konusunda bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin dahil edildiği kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerine başvuran hipertansiyon hastalığı olan 18 yaş üstü kişiler oluşturmuştur. Örneklemen hesaplanması için istatistikçi desteği alınmış ve örneklem büyüklüğü GPower 3.1.9.2 ile 0.2 korelasyon değeri için 0,05 hata payı ve 0,90 güç ile n:258 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 307 kişi dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Akdeniz Üniversitesi Polikliniklerine başvuran hipertansiyon hastalığı olan 18 yaş üstü ve Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmadan çıkarılma kriteri, kişilerin araştırmaya katılmayı kabul etmemesidir.

3.6. Araştırmanın Tasarımı

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği ve Modifiye Morisky Ölçeği'nden oluşan üç bölümlük araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3). Çalışmada kullanılacak anketin ilk bölümü, katılımcıların sosyodemografik verilerini sorgulayan sorulardan (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hipertansiyon hastalığı süresi, tansiyon aleti sahipliği, birlikte yaşadığı kişiler, egzersiz yapma durumu, sigara ve alkol kullanımı, başvurduğu poliklinik) oluşmaktadır.

İkinci bölümde hastaların öz etkililik düzeylerini belirlemek amacıyla 2014 yılında Han ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2021 yılında Türkoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinali her bir madde “hiç uygun değil” (1 puan) ile “çok uygun” (4 puan) şeklinde değişen 4'lü likert tipindedir. Ölçek maddeleri 1-4 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Toplam puanın yükselmesi hipertansiyonda öz etkililik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

Üçüncü bölümde ise hastaların ilaç uyumunu değerlendirmek için 1980'lerin ortalarında Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilen sonrasında 2 yeni soru ilavesiyle düzenlenen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Vural ve arkadaşları tarafından yapılan Modifiye Morisky Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmış olup değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.

3.7. Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlanmadan önce etik kurulu onayı alınmıştır. Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından

09/11/2022 tarih ve KAEK-668 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu örneklem sayısına bağlı olarak Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde, veri normal dağılım göstermediği için, Sperman Rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup analizlerinde normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testten yararlanılmıştır. Kruskal Wallis H testin sonucuna göre ise, Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi çalıştırılmıştır. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, Post Hoc Bonferroni düzeltmesi ve Yates düzeltmesi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1’de sosyo-demografik değişkenlerin dağılımları görülmektedir. Çalışmada yer alan hastaların en genci 19, en yaşlısı 91 yaşındadır. Ortalama yaş $56,67 \pm 11,21$ yıl olarak hesaplanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında, katılımcıların neredeyse yarısının (%49,2) 51 ile 64 yaş arasında olduğu görülmektedir. Kadın hastaların oranı %61,9’dur. Hastaların büyük bir kısmı (%74,9) evlidir. İlköğretim ve üniversite mezuniyetleri %34,9 ile en yoğun hastanın yer aldığı eğitim durumu kategorileri olmuştur. Gelirin gidere denk olması hastaların %56,4’ü için geçerlidir. Geliri giderinden az olan hastaların oranı %27,7 iken geriye kalan %16’lık kesimde gelirin giderden fazla olduğu belirtilmiştir. Hastaların %43,6’sı eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta iken, yalnızca eşi ile yaşayan hastaların oranı %29,3’tür. Yalnız yaşama hastaların %12,4’ünde görülen bir durumdur.

Çizelge 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=307)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (Yıl)	56,67±11,21	58(50-64)	19-91
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş Grup			
<35	10	3,3	
35-50 Arası	72	23,5	
51-64 Arası	151	49,2	
≥65	74	24,1	
Cinsiyet			
Kadın	190	61,9	
Erkek	117	38,1	
Medeni Durum			
Bekar	32	10,4	
Boşanmış	19	6,2	
Dul	26	8,5	
Evli	230	74,9	
Eğitim Durumu			
Okur-yazar Değil	12	3,9	
Okur-yazar	10	3,3	
İlköğretim	107	34,9	
Lise	71	23,1	
Üniversite	107	34,9	
Gelir-Gider Durumu			
Gelir giderden az	85	27,7	
Gelir gidere denk	173	56,4	
Gelir giderden fazla	49	16,0	
Birlikte Yaşanılan Kişiler			
Yalnız Yaşıyorum	38	12,4	
Arkadaşlar	4	1,3	
Eş	90	29,3	
Anne-Baba	17	5,5	
Eş ve çocuklar	134	43,6	
Çocuklar	18	5,9	
Diğer	6	2,0	

Hastaların %35,2'si en az 5 en fazla 14 yıldır hipertansiyon hastası olduklarını belirtmişlerdir. Hipertansiyon hastalığı 1 yıldan kısa süre önce başlayanların oranı %15 iken, en az 15 yıldır hipertansiyon hastası olduğunu söyleyenlerin oranı %21,5 olmuştur. Çizelge 4.2'de yer alan diğer değişkene

ilişkin dağılımlar, hastaların %81,8'inin tansiyon aletine sahip olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.2. Hipertansiyon Hastalığı Özellikleri

Değişkenler (n=307)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon Süresi		
1 Yıldan Az	46	15,0
1-4 Yıl Arası	87	28,3
5-14 Yıl Arası	108	35,2
15 Yıl ve Daha Fazla	66	21,5
Tansiyon Aleti Sahipliği		
Var	251	81,8
Yok	56	18,2

Hiç egzersiz yapmayan hastaların oranı %45,3'tür. Haftalık 1 ile 3 gün arasında en az 30 dakika egzersiz yapanların oranı %32,2 iken, egzersizi haftada en az 4 gün yapanların oranı %22,5'dir. Hastaların %47,2'si hiç sigara kullanmamışken, halen sigara tüketen hastaların oranı %26,4'tür. Öncesinde sigara içtiğini ancak sigarayı bıraktığını belirten hastalar ise %26,4'luk bir orana sahiptir. Alkol tüketiminin ulaştığı oran ise %10 civarındadır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Egzersiz, Sigara ve Alkol Tüketimi

Değişkenler (n=307)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumu		
Hiç egzersiz yapmıyorum.	139	45,3
Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum.	99	32,2
Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum.	69	22,5
Sigara Kullanımı		
Hiç içmedim	145	47,2
Evet, kullanıyorum	81	26,4
Bıraktım	81	26,4
Alkol Kullanımı		
Var	33	10,7
Yok	274	89,3

Çalışmamızda hastaların en yoğun anket yaptıkları poliklinik %33,9 ile Aile Hekimliği Polikliniği olmuştur. Kardiyoloji (%30) ve Dahiliye (%25,1) takip eden polikliniklerdir. Endokrinoloji ve Nefroloji ise %6,5 ve altında oranlarla en az anket yapılan polikliniklerdir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Anket Yapılan Poliklinik

Değişkenler (n=307)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anket Yapılan Poliklinik		
Aile Hekimliği	104	33,9
Dahiliye	77	25,1
Endokrinoloji	20	6,5
Kardiyoloji	92	30,0
Nefroloji	14	4,6

Çizelge 4.5'te Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nin tüm önermelerine verilen cevapların dağılımları yer almaktadır. Üç önerme haricindeki tüm önermelerde “Uygun” seçeneği en fazla verilen cevap olmuştur. “Günde beş ya da daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim” önermesinde “Uygun Değil”, “Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim” ve “Sigara içmemeye çalışırım” önermelerinde ise “Çok Uygun” seçenekleri en fazla tercih edilen seçeneklerdir. Tabloda ayrıca ölçek skoruna ilişkin diğer istatistiksel değerlere de yer verilmiştir. Buna göre, hastaların ölçek skorları 37 ile 78 aralığında değişmekte iken, ortalama Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği skoru $56,4 \pm 8,65$ olarak hesaplanmıştır.

Çizelge 4.5. Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği

Önermeler, n(%)	Hiç Uygun Değil (1 Puan)	Uygun Değil (2 Puan)	Uygun (3 Puan)	Çok Uygun (4 Puan)
Düzenli fiziksel aktivite yaparım	76(24,8)	80(26,1)	113(36,8)	38(12,4)
Az işlenmiş gıdalar yerim	83(27)	81(26,4)	109(35,5)	34(11,1)
Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum	77(25,1)	85(27,7)	101(32,9)	44(14,3)
Geleneksel çok tuzlu besinleri az tuzlu besinler ile değiştiririm	23(7,5)	44(14,3)	156(50,8)	84(27,4)
Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım	59(19,2)	54(17,6)	128(41,7)	66(21,5)
Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim	23(7,5)	88(28,7)	129(42)	67(21,8)
Doymuş yağ miktarı yüksek ve trans yağ içeren besinleri az tüketirim	21(6,8)	73(23,8)	162(52,8)	51(16,6)
Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım	15(4,9)	63(20,5)	166(54,1)	63(20,5)
Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığının etiketlerini okuyarak kontrol ederim	61(19,9)	82(26,7)	113(36,8)	51(16,6)
Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm	16(5,2)	58(18,9)	158(51,5)	75(24,4)
Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım	25(8,1)	94(30,6)	157(51,1)	31(10,1)
Günde beş ya da daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim	41(13,4)	128(41,7)	106(34,5)	32(10,4)
Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim	18(5,9)	7(2,3)	115(37,5)	167(54,4)
Sigara içmemeye çalışırım	43(14)	29(9,4)	86(28)	149(48,5)
Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim	22(7,2)	46(15)	148(48,2)	91(29,6)
Tansiyon ilaçlarımı alırım	7(2,3)	5(1,6)	151(49,2)	144(46,9)
İlaçlarımı bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım	2(0,7)	5(1,6)	153(49,8)	147(47,9)
Kilomu kontrol altında tutarım	22(7,2)	65(21,2)	160(52,1)	60(19,5)
Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmaya çalışırım	53(17,3)	106(34,5)	108(35,2)	40(13)
Düzenli doktor kontrolüne giderim	13(4,2)	26(8,5)	189(61,6)	79(25,7)
	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max	
Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru	56,4±8,65	56(51-62)	37-78	

Çizelge 4.6’da ise Morisky İlaç Uyum Ölçeği’ne ilişkin bilgiler bulunmaktadır. “İlacınızı / ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?” ve “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?” sorularına “Evet” cevabının ölçekte yer alan diğer sorulara ise “Hayır” cevabının daha yoğun bir şekilde verildiği anlaşılmaktadır. Ölçek sorularına verilen cevaplara göre yapılan hesaplamalar sonucunda ortaya çıkan motivasyon ve bilgi boyutlarına ilişkin

dağılımlar da tabloda görülmektedir. Buna göre, hastaların %76,9'u yüksek motivasyonlu ve %84'ü yüksek bilgili olarak gruplandırılmıştır.

Çizelge 4.6. Morisky İlaç Uyum Ölçeği

Önermeler, n(%)	Evet	Hayır
İlacınızı / ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	122(39,7)	185(60,3)
İlacınızı / ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz	287(93,5)	20(6,5)
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	66(21,5)	241(78,5)
Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	52(16,9)	255(83,1)
İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	240(78,2)	67(21,8)
Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	85(27,7)	222(72,3)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Morisky İlaç Uyum Ölçeği Motivasyon Boyutu		
Düşük Motivasyon	71	23,1
Yüksek Motivasyon	236	76,9
Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu		
Düşük Bilgi	49	16
Yüksek Bilgi	258	84

Yaş gruplarına göre hastaların ölçek skorlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçları Çizelge 4.7'de görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre, ölçek skorları yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan benzerlik göstermektedir ($p>0,05$). Örneğin, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skorunun yaş gruplarındaki ortanca değerlerine bakıldığında, 55 ve 56 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Yaş grupları Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru üzerinde fark yaratıcı bir etkiye sahip değildir ($p=0,939$).

Çizelge 4.7. Yaş Gruplarına Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Yaş Grupları				p
	35'ten az (n=10)	35-50 Arası (n=72)	51-64 Arası (n=151)	65 ve Üzeri (n=74)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	56(50-61)	55(51-60,5)	56(51-62)	55(51-63)	0,939 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon					
Düşük Motivasyon	2(20)	24(33,3)	33(21,9)	12(16,2)	0,095*
Yüksek Motivasyon	8(80)	48(66,7)	118(78,1)	62(83,8)	
M.İ.U.Ö. Bilgi					
Düşük Bilgi	4(40)	13(18,1)	20(13,2)	12(16,2)	0,150*
Yüksek Bilgi	6(60)	59(81,9)	131(86,8)	62(83,8)	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> Kısıltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği					

Çizelge 4.8’de yaş ile Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru arasındaki korelasyon analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre r=0,00 “ilişki yok”, r=0,01-0,29 “düşük düzeyde ilişki”, r=0,30-0,70 “orta düzeyde ilişki”, r=0,71-0,99 “yüksek düzeyde ilişki” ve r=1,00 “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değerinin düşmektedir. Çizelgede yer alan sonuçlar, yaş ile Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ifade etmektedir (r=0,005; p=0,933).

Çizelge 4.8.Yaş ile Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru Arasındaki Korelasyon

Spearman's rho		Yaş
H.Ö.E.Ö. Skoru	r	0,005
	p	0,933
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği		

Cinsiyete göre ölçek skorları benzer bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4.9). Kadın veya erkek olmanın skorlar üzerinde fark yaratıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Örneğin, Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nde yüksek motivasyon grubunda yer alma sıklığı kadınlarda %77,4 iken, bu oran erkeklerde %76,1 olarak gerçekleşmiştir.

Çizelge 4.9. Cinsiyete Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Cinsiyet		p
	Kadın (n=190)	Erkek (n=117)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	56(52-62)	55(50-62)	0,088 ^u
M.İ.U.Ö. Motivasyon			
Düşük Motivasyon	43(22,6)	28(23,9)	0,793*
Yüksek Motivasyon	147(77,4)	89(76,1)	
M.İ.U.Ö. Bilgi			
Düşük Bilgi	34(17,9)	15(12,8)	0,308*
Yüksek Bilgi	156(82,1)	102(87,2)	
°Mann Whitney U test, Med(IQR)			
*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, n(%)			
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği			

Benzer şekilde medeni durumun da ölçek skorları üzerinde istatistiksel anlamda fark yaratmadığı görülmektedir. Çizelge 4.10'da yer alan dağılımlar incelendiğinde, örneğin Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nde yüksek bilgi kategorisinde yer alma sıklığı bekarlarda %78,1'dir. Bu oran boşanmış hastalarda %89,5 iken Dul hastalarda %88,5'dir. Evli hastaların yüksek bilgili olarak görülme sıklığı ise %83,9'dur. Tüm bu dağılımlar, söz konusu gruplarda istatistiki açıdan herhangi bir anlamlı farklılığın olmadığını göstermektedir ($p=0,717$).

Çizelge 4.10. Medeni Duruma Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Medeni Durum				p
	Bekar (n=32)	Boşanmış (n=19)	Dul (n=26)	Evli (n=230)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	59,5(52,5-66)	54(50-58)	55,5(49-60)	56(51-62)	0,194 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon					
Düşük Motivasyon	7(21,9)	4(21,1)	5(19,2)	55(23,9)	0,979*
Yüksek Motivasyon	25(78,1)	15(78,9)	21(80,8)	175(76,1)	
M.İ.U.Ö. Bilgi					
Düşük Bilgi	7(21,9)	2(10,5)	3(11,5)	37(16,1)	0,717*
Yüksek Bilgi	25(78,1)	17(89,5)	23(88,5)	193(83,9)	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> Kısıltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği					

Çizelge 4.11’de ise bu kez eğitim durumu ile ilgili yapılan analizlerin sonuçları görülmektedir. Eğitim durumuna göre, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru’nda ($p=0,085$) ve Morisky İlaç Uyum Ölçeği Motivasyon Boyutu’nda ($p=0,412$) anlamlı bir farklılık saptanmazken, Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu eğitim durumu kategorilerine göre istatistiki açıdan farklılaşmaktadır ($p=0,019$). Anlamlı farklılığın hangi eğitim durumu kategorileri arasında olduğunu anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda, okuryazar olmayan hastaların (%50), ilköğretim mezunu (%15,9), lise mezunu (%11,3) ve üniversite mezunu (%14) hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda düşük bilgili olarak sınıflandığı anlaşılmıştır. Başka bir ifadeyle, ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalar okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda yüksek bilgili kategorisinde yer almıştır.

Çizelge 4.11. Eğitim Duruma Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Eğitim Durumu					p
	Okur-Yazar Değil (n=12)	Okur-Yazar (n=10)	İlköğretim (n=107)	Lise (n=71)	Üniversite (n=107)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	52(48-57)	57,5(55-62)	55(50-62)	55(48-62)	57(52-64)	0,085 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon						
Düşük Motivasyon	4(33,3)	4(40)	22(20,6)	19(26,8)	22(20,6)	0,412*
Yüksek Motivasyon	8(66,7)	6(60)	85(79,4)	52(73,2)	85(79,4)	
M.İ.U.Ö. Bilgi						
Düşük Bilgi	6(50) ^a	3(30) ^{a,b}	17(15,9) ^b	8(11,3) ^b	15(14) ^b	0,019*
Yüksek Bilgi	6(50) ^a	7(70) ^{a,b}	90(84,1) ^b	63(88,7) ^b	92(86) ^b	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, <i>n</i> (%) Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.						

Gelir-gider durumuna göre yapılan analiz sonuçları ölçek skorlarının üç grup için benzer olduğunu göstermektedir ($p>0,05$, Çizelge 4.12). Örneğin, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru dağılım incelendiğinde, her ne kadar geliri giderinden fazla olan hastalarda bu skor diğer iki gruba göre yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel açıdan bir anlam ifade etmemektedir ($p=0,121$).

Çizelge 4.12. Gelir-Gider Durumuna Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Gelir-Gider Durumu			p
	Geliri Giderden Az (n=85)	Geliri Gidere Denk (n=173)	Geliri Giderinden Fazla (n=49)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	55(50-61)	55(51-62)	59(53-64)	0,121 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon				
Düşük Motivasyon	20(23,5)	36(20,8)	15(30,6)	0,354*
Yüksek Motivasyon	65(76,5)	137(79,2)	34(69,4)	
M.İ.U.Ö. Bilgi				
Düşük Bilgi	17(20)	24(13,9)	8(16,3)	0,449*
Yüksek Bilgi	68(80)	149(86,1)	41(83,7)	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Testi, <i>n</i> (%) Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği				

Ölçek skorlarının istatistiksel açıdan benzer dağılım sergilediği bir diğer değişken hastanın birlikte yaşadığı kişidir. Hastanın birlikte yaşadığı kişi hiçbir

ölçek skoru üzerinde fark yaratıcı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$, Çizelge 4.13). Örneğin, Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu yüksek bilgi kategorisinde %64,7 ile %100 arasında değişen dağılımlar istatistiksel açıdan benzer görülmektedir ($p=0,391$).

Çizelge 4.13. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Birlikte Yaşanılan Kişi							p
	Yalnız (n=38)	Arkadaşlar (n=4)	Eş (n=90)	Anne- Baba (n=17)	Eş ve Çocuklar (n=134)	Çocuklar (n=18)	Diğer (n=6)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	56 (52-64)	61 (50,5-67,5)	58 (51-64)	54 (52-60)	55 (50-62)	55,5 (49-57)	51 (48-57)	0,336 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon								
Düşük Motivasyon	8(21,1)	1(25)	15(16,7)	4(23,5)	39(29,1)	4(22,2)	0(0)	0,352*
Yüksek Motivasyon	30(78,9)	3(75)	75(83,3)	13(76,5)	95(70,9)	14(77,8)	6(100)	
M.İ.U.Ö. Bilgi								
Düşük Bilgi	6(15,8)	0(0)	11(12,2)	6(35,3)	23(17,2)	2(11,1)	1(16,7)	0,391*
Yüksek Bilgi	32(84,2)	4(100)	79(87,8)	11(64,7)	111(82,8)	16(88,9)	5(83,3)	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> Kısıltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği								

Çizelge 4.14'te yer alan hipertansiyon hastalarının hastalık sürelerine göre ortaya çıkan gruplarda da ölçek skorları çerçevesinde benzerlikler görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4.14. Hipertansiyon Hastalığı Süresine Göre Hastaların Ölçek Skorları

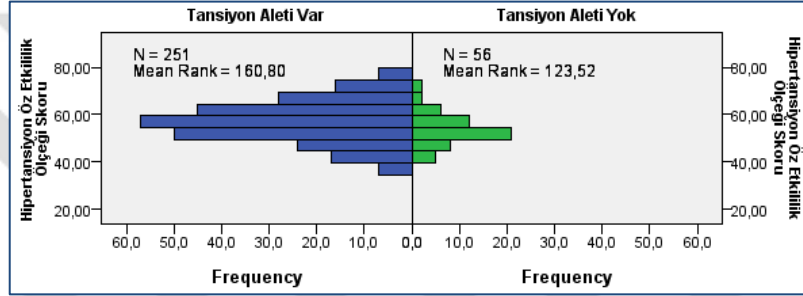
Değişkenler	Hipertansiyon Hastalığı Süresi				p
	1 Yıldan Az (n=46)	1-4 Yıl Arası (n=87)	5-14 Yıl Arası (n=108)	15 Yıldan Fazla (n=66)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	54,5(51-65)	56(51-61)	56(49-63)	57(53-64)	0,494 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon					
Düşük Motivasyon	11(23,9)	26(29,9)	22(20,4)	12(18,2)	0,314*
Yüksek Motivasyon	35(76,1)	61(70,1)	86(79,6)	54(81,8)	
M.İ.U.Ö. Bilgi					
Düşük Bilgi	8(17,4)	17(19,5)	19(17,6)	5(7,6)	0,157*
Yüksek Bilgi	38(82,6)	70(80,5)	89(82,4)	61(92,4)	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, <i>n(%)</i> Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği					

Tansiyon aleti sahipliğine göre ise Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru’nda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). Tansiyon aleti sahibi olan hastaların ölçek skoru [56(51-63)], tansiyon aleti olmayanlara [52(50-57)] göre yüksektir. Bu anlamlı farklılık Şekil 4.1’de de görülmektedir. Bu şekilde, tansiyon aleti olan ve tansiyon aleti olmayan iki grubun Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru’nun Mann-Whitney U testi dağılımları yer almaktadır. Grafiğin X eksenindeki değerler hasta sayısını, Y eksenindeki değerler ise Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği’nin birleşik skorlarını ifade etmektedir. Şekilde yer alan “mean rank (sıra ortalaması)” ifadesi ise, Mann-Whitney U testinin iki grubu karşılaştırırken kullandığı temel parametredir. Bu test, tüm değerleri düşükten yükseğe olacak şekilde sıralar ve sonrasında iki grubu mean-rank parametresine göre karşılaştırır. Çizelge 4.15’te yer alan diğer değişkenlerde ise tansiyon aleti sahipliğinin anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Tansiyon Aleti Sahipliği		P
	Var (n=251)	Yok (n=56)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	56(51-63)	52(50-57)	0,004 ^µ
M.İ.U.Ö. Motivasyon			
Düşük Motivasyon	56(22,3)	15(26,8)	0,587*
Yüksek Motivasyon	195(77,7)	41(73,2)	
M.İ.U.Ö. Bilgi			
Düşük Bilgi	39(15,5)	10(17,9)	0,821*
Yüksek Bilgi	212(84,5)	46(82,1)	

^µMann Whitney U test, *Med(IQR)*
*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

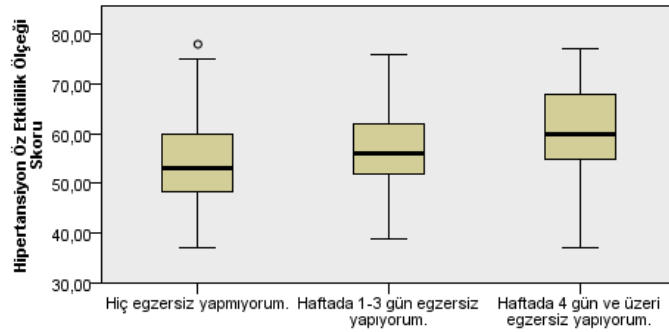


Şekil 4.1. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru

Haftalık en az 30 dakika egzersiz yapma durumlarına göre ortaya çıkan üç grubun anlamlı farklılıklar sergilediği ölçek Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği olmuştur ($p<0,001$; Çizelge 4.16). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak amacıyla ileri analizler yapılmıştır. Bu analizler sonucunda haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapan hastaların ölçek skorunun, hiç egzersiz yapmayanlara göre ($p=0,036$); haftada en az 4 gün egzersiz yapanların ölçek skorunun hiç egzersiz yapmayanlara göre ($p<0,001$) ve haftada en az 4 gün egzersiz yapanların ölçek skorunun haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapanlara göre ($p=0,020$) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Şekil 4.2). Bununla birlikte, hastaların egzersiz yapma durumları Morisky İlaç Uyum Ölçeği boyutları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.16. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Hiç egzersiz yapmıyorum (n=139)	Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum (n=99)	Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum (n=69)				
H.Ö.E.Ö. Skoru	53(48-60)	56(52-62)	60(55-68)	<0,001 ^k	0,036	<0,001	0,020
M.İ.U.Ö. Motivasyon							
Düşük Motivasyon	34(24,5)	25(25,3)	12(17,4)	0,418*			
Yüksek Motivasyon	105(75,5)	74(74,7)	57(82,6)				
M.İ.U.Ö. Bilgi							
Düşük Bilgi	26(18,7)	15(15,2)	8(11,6)	0,394*			
Yüksek Bilgi	113(81,3)	84(84,8)	61(88,4)				
^k Kruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, <i>Med(IQR)</i> Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir: 1: Hiç egzersiz yapmıyorum. 2: Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum 3: Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum *Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, <i>n</i> (%) Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği							



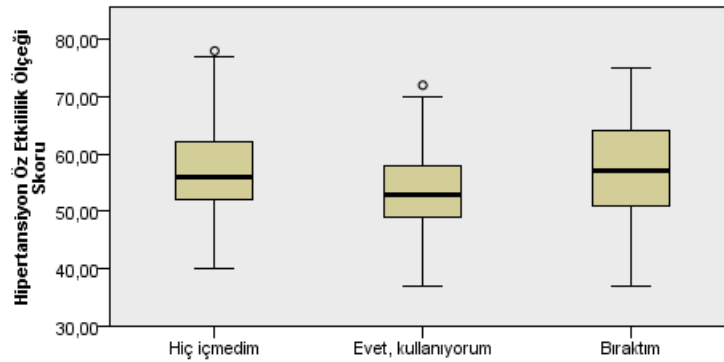
Şekil 4.2. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru

Çizelge 4.17’de sigara kullanımına göre ölçek skorlarının karşılaştırıldığı analiz sonuçları görülmektedir. Burada da, Morisky İlaç Uyum Ölçeği boyutlarının sigara kullanımında etkilenmediği ($p>0,05$), ancak Hipertansiyon Öz

Etkililik Ölçeği skorunun sigara kullanımına göre istatistiki açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0,004$). İleri analiz sonuçlarına bakıldığında, hayatında hiç sigara içmeyen hipertansiyon hastalarının ölçek skorunun [56(52-62)], sigara kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,012$). Yine sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının ölçek skoru [57(51-64)] sigara kullanan hastalara göre anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,009$). Sigara içmemiş hipertansiyon hastaları ile sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının ise ölçek skorları benzer görülmüştür ($p>0,999$, Şekil 4.3).

Çizelge 4.17. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Sigara Kullanımı			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Hiç içmedim (n=139)	Evet, kullanıyorum (n=99)	Bıraktım (n=69)				
H.Ö.E.Ö. Skoru	56(52-62)	53(49-58)	57(51-64)	0,004 ^k	0,012	>0,999	0,009
M.İ.U.Ö. Motivasyon							
Düşük Motivasyon	32(22,1)	20(24,7)	19(23,5)	0,902*			
Yüksek Motivasyon	113(77,9)	61(75,3)	62(76,5)				
M.İ.U.Ö. Bilgi							
Düşük Bilgi	18(12,4)	16(19,8)	15(18,5)	0,266*			
Yüksek Bilgi	127(87,6)	65(80,2)	66(81,5)				
^k Kruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, Med(IQR) Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir: 1: Hiç egzersiz yapmıyorum. 2: Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum 3: Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum *Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, n(%) Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği							



Şekil 4.3. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru

Alkol kullanımında ise ölçek skorlarının benzerlik gösterdiği anlaşılmıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.18). Örneğin, Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu'nda yüksek bilgi kategorisinde yer alan hastaların alkol kullanan hastalarda %84,8 ve alkol kullanmayan hastalarda %83,9'luk oranlara sahip olduğu ve söz konusu farklılığın istatistiksel açıdan bir anlam ifade etmediği görülmüştür ($p>0,999$).

Çizelge 4.18. Alkol Kullanımına Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Alkol Kullanımı		p
	Var (n=33)	Yok (n=274)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	53(48-60)	56(51-62)	0,100 [¶]
M.İ.U.Ö. Motivasyon			
Düşük Motivasyon	10(30,3)	61(22,3)	0,414*
Yüksek Motivasyon	23(69,7)	213(77,7)	
M.İ.U.Ö. Bilgi			
Düşük Bilgi	5(15,2)	44(16,1)	>0,999*
Yüksek Bilgi	28(84,8)	230(83,9)	
¶Mann Whitney U test, Med(IQR)			
*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, n(%)			
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği			

Ölçek skorlarının anlamlı farklılıklar göstermediği diğer değişken olan anket yapılan poliklinik değişkenine ilişkin dağılımlar Çizelge 4.19'da görülmektedir. Örneğin, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuranlarda 57(52-64,5) olarak hesaplanmıştır. Ölçek skorunun en yüksek değere ulaştığı poliklinik Aile Hekimliği olsa da, diğer polikliniklerin Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skorları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0,679$).

Çizelge 4.19. Anket Yapılan Polikliniğe Göre Hastaların Ölçek Skorları

Değişkenler	Başvurulan Poliklinik					p
	Aile Hekimliği (n=104)	Dahiliye (n=77)	Endokrinoloji (n=20)	Kardiyoloji (n=92)	Nefroloji (n=14)	
H.Ö.E.Ö. Skoru	57(52-64,5)	54(51-60)	53(45,5-59)	55(50,5-62,5)	55,5(51-62)	0,075 ^k
M.İ.U.Ö. Motivasyon						
Düşük Motivasyon	26(25)	17(22,1)	4(20)	21(22,8)	3(21,4)	0,990*
Yüksek Motivasyon	78(75)	60(77,9)	16(80)	71(77,2)	11(78,6)	
M.İ.U.Ö. Bilgi						
Düşük Bilgi	14(13,5)	16(20,8)	3(15)	15(16,3)	1(7,1)	0,679*
Yüksek Bilgi	90(86,5)	61(79,2)	17(85)	77(83,7)	13(92,9)	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği						

Çalışmanın bu bölümünden itibaren ölçeklerde yer alan bazı önermeler çerçevesinde yapılan analizlere yer verilecektir. Çizelge 4.20’de yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçları görülmektedir. “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar yaş gruplarına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p=0,042$). İlaç almanın uzun dönemli yararlarını bilenlerin oranı, yaşı 35’in altında olan hastalarda (%60), yaşı 51 ile 64 arasında olan hastalara (%21,2) ve yaşı 65 ve üzeri olan hastalara (%17,6) göre daha yüksektir. Çizelgede yer alan diğer önermeler ise, yaş gruplarına göre benzerlik sergilemektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4.20. Yaş Gruplarına Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Yaş Grupları				p
	35'ten az (n=10)	35-50 Arası (n=72)	51-64 Arası (n=151)	65 ve Üzeri (n=74)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-4)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	0,382 ^k
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-3)	3(3-3,5)	3(2-3)	3(3-3)	0,637 ^k
H.Ö.E.Ö. 10	3(2-4)	3(3-3,5)	3(3-4)	3(2-3)	0,480 ^k
H.Ö.E.Ö. 15	2,5(2-4)	3(2-3,5)	3(3-4)	3(3-4)	0,253 ^k
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,774 ^k
H.Ö.E.Ö. 19	3(2-3)	2(2-3)	2(2-3)	3(2-3)	0,172 ^k
H.Ö.E.Ö. 20	3,5(3-4)	3(3-3)	3(3-4)	3(3-3)	0,253 ^k
M.İ.U.Ö. 3					
Evet	5(50)	19(26,4)	29(19,2)	13(17,6)	0,081*
Hayır	5(50)	53(73,6)	122(80,8)	61(82,4)	
M.İ.U.Ö. 4					
Evet	1(10)	13(18,1)	27(17,9)	11(14,9)	0,926*
Hayır	9(90)	59(81,9)	124(82,1)	63(85,1)	
M.İ.U.Ö. 5					
Evet	6(60) ^a	16(22,2) ^{a,b}	32(21,2) ^b	13(17,6) ^b	0,042*
Hayır	4(40) ^a	56(77,8) ^{a,b}	119(78,8) ^b	61(82,4) ^b	
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, <i>n(%)</i> Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir. Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği					

Çizelge 4.21’de yer alan cinsiyet değişkeni ve Çizelge 4.22’de yer alan medeni durum değişkenleri ölçek önermeleri skorları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0,05$). Örneğin, “Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?” sorusuna hayır cevabı verme oranları kadınlarda %77,4 iken erkeklerde %80,3’tür. Bu iki oran istatistiksel açıdan benzerdir ($p=0,538$). Aynı soruya hayır cevabı verenlerin bekar hastalardaki oranı %68,8’dir. Boşanmış hastalarda %78,9 ve dul hastalarda %88,5 olarak ölçülen hayır oranı evli hastalarda %78,7 olmuştur. Söz konusu oranlar da istatistiki açıdan anlamlı bir farklılığı ifade etmemektedir ($p=0,362$).

Çizelge 4.21. Cinsiyete Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Cinsiyet		p
	Kadın (n=190)	Erkek (n=117)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	0,200 ^u
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-3)	3(2-3)	0,431 ^u
H.Ö.E.Ö. 10	3(3-4)	3(2-3)	0,085 ^u
H.Ö.E.Ö. 15	3(3-4)	3(2-4)	0,104 ^u
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	0,732 ^u
H.Ö.E.Ö. 19	2(2-3)	2(2-3)	0,863 ^u
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-3)	0,471 ^u
M.İ.U.Ö. 3			
Evet	43(22,6)	23(19,7)	0,538*
Hayır	147(77,4)	94(80,3)	
M.İ.U.Ö. 4			
Evet	35(18,4)	17(14,5)	0,468*
Hayır	155(81,6)	100(85,5)	
M.İ.U.Ö. 5			
Evet	39(20,5)	28(23,9)	0,483*
Hayır	151(79,5)	89(76,1)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*
^{*}Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

Çizelge 4.22. Medeni Duruma Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Medeni Durum				p
	Bekar (n=32)	Boşanmış (n=19)	Dul (n=26)	Evli (n=230)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2,5-4)	3(2-3)	3(2-4)	3(2-3)	0,238 ^k
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-4)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,059 ^k
H.Ö.E.Ö. 10	3(3-4)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,095 ^k
H.Ö.E.Ö. 15	3(2,5-4)	3(2-3)	3(3-3)	3(3-4)	0,540 ^k
H.Ö.E.Ö. 18	3(3-3)	3(3-4)	3(3-4)	3(2-3)	0,472 ^k
H.Ö.E.Ö. 19	2,5(2-3)	2(1-3)	2(2-3)	2(2-3)	0,928 ^k
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-4)	3(3-3)	3(3-4)	0,997 ^k
M.İ.U.Ö. 3					
Evet	10(31,3)	4(21,1)	3(11,5)	49(21,3)	0,362*
Hayır	22(68,8)	15(78,9)	23(88,5)	181(78,7)	
M.İ.U.Ö. 4					
Evet	5(15,6)	4(21,1)	2(7,7)	41(17,8)	0,612*
Hayır	27(84,4)	15(78,9)	24(92,3)	189(82,2)	
M.İ.U.Ö. 5					
Evet	9(28,1)	4(21,1)	5(19,2)	49(21,3)	0,816*
Hayır	23(71,9)	15(78,9)	21(80,8)	181(78,7)	

^kKruskal Wallis H Test, *Med(IQR)*
^{*}Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar gösteren ölçek önermeleri, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği’nde “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesi ($p=0,036$), Morisky İlaç Uyum Ölçeği’nde ise “Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?” ($p=0,024$) ve “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?”

($p=0,026$) önermeleri olmuştur. Anlamlı farklılığın görüldüğü tek Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği önermesine ilişkin yapılan ileri analizler sonucunda anlamlılık kaybolmuştur. Kendisini kötü hissettiğinde ilacı neden olarak görüp kesenler okuryazar olan grupta (%50) lise mezunu olan hastaların yer aldığı gruba (%11,3) göre daha yüksek oranlara sahiptirler. İlaç almanın uzun dönemli faydalarını bilenlerin oranları ise, okuryazar olmayan hastalarda ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktür (Çizelge 4.23).

Çizelge 4.23. Eğitim Duruma Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Eğitim Durumu					p
	Okur-Yazar Değil (n=12)	Okur-Yazar (n=10)	İlköğretim (n=107)	Lise (n=71)	Üniversite (n=107)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(1,5-3)	3,5(2-4)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-4)	0,157 ^k
H.Ö.E.Ö. 8	2,5(1-3,5)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-4)	0,117 ^k
H.Ö.E.Ö. 10	3(2-3)	3(3-4)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-4)	0,189 ^k
H.Ö.E.Ö. 15	3(3-4)	3(2-3)	3(3-4)	3(2-3)	3(3-4)	0,209 ^k
H.Ö.E.Ö. 18	2(2-3)	3(2-4)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,036^k
H.Ö.E.Ö. 19	2,5(2-3)	3(2-3)	2(2-3)	2(2-3)	2(2-3)	0,921 ^k
H.Ö.E.Ö. 20	3(2,5-3,5)	3(3-3)	3(3-3)	3(3-4)	3(3-4)	0,686 ^k
M.İ.U.Ö. 3						
Evet	5(41,7)	4(40)	22(20,6)	13(18,3)	22(20,6)	0,235*
Hayır	7(58,3)	6(60)	85(79,4)	58(81,7)	85(79,4)	
M.İ.U.Ö. 4						
Evet	4(33,3) ^{a,b}	5(50) ^b	19(17,8) ^{a,b}	8(11,3) ^a	16(15) ^{a,b}	0,024*
Hayır	8(66,7) ^{a,b}	5(50) ^b	88(82,2) ^{a,b}	63(88,7) ^a	91(85) ^{a,b}	
M.İ.U.Ö. 5						
Evet	5(41,7) ^a	6(60) ^{a,b}	86(80,4) ^b	57(80,3) ^b	86(80,4) ^b	0,026*
Hayır	7(58,3) ^a	4(40) ^{a,b}	21(19,6) ^b	14(19,7) ^b	21(19,6) ^b	

^kKruskal Wallis H Test, *Med(IQR)*
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *n(%)*
Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

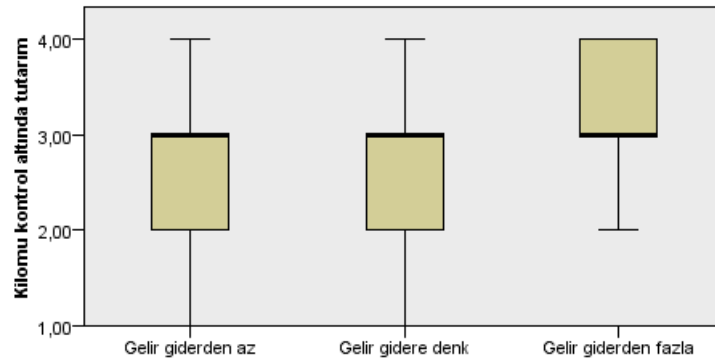
Çizelge 4.24'te ise gelir-gider durumuna göre yapılan analizlerin sonuçları gösterilmektedir. Çizelgede yer alan tüm ölçek önermeleri içerisinde anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nin "Kilomu kontrol altında tutarım" önermesidir. Geliri giderinden fazla olan hipertansiyon hastalarının bu önerme özelindeki skorlarının hem gelirleri ile giderleri denk olan

hastalardan ($p=0,006$) hem de geliri giderinden az olan hastalardan ($p=0,006$) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Şekil 4.4).

Çizelge 4.24. Gelir-Gider Durumuna Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Gelir-Gider Durumu			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Geliri Giderden Az (n=85)	Geliri Gidere Denk (n=173)	Geliri Giderinden Fazla (n=49)				
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	0,949 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,472 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 10	3(3-3)	3(2-3)	3(3-4)	0,605 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 15	3(2-3)	3(3-4)	3(3-3)	0,087 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	3(3-4)	0,003^k	>0,999	0,006	0,006
H.Ö.E.Ö. 19	3(2-3)	2(2-3)	3(2-3)	0,342 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-4)	3(3-3)	0,580 ^k	-	-	-
M.İ.U.Ö. 3							
Evet	20(23,5)	33(19,1)	13(26,5)	0,467*			
Hayır	65(76,5)	140(80,9)	36(73,5)				
M.İ.U.Ö. 4							
Evet	17(20)	27(15,6)	8(16,3)	0,678*			
Hayır	68(80)	146(84,4)	41(83,7)				
M.İ.U.Ö. 5							
Evet	64(75,3)	139(80,3)	37(75,5)	0,580*			
Hayır	21(24,7)	34(19,7)	12(24,5)				

^kKruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, *Med(IQR)*
Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:
1: Geliri Giderden Az
2: Geliri Gidere Denk
3: Geliri Giderden Fazla
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Test, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği



Şekil 4.4. Gelir-Gider Durumuna Göre Kilonun Kontrol Altına Alınması Skoru

Birlikte yaşanan kişi ölçek önermeleri skorları üzerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkaramazken ($p>0,05$, Çizelge 4.25), hipertansiyon süresi Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nin “Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim” önermesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar yaratmıştır ($p=0,047$, Çizelge 4.26). Ancak söz konusu farklılık ileri analiz sonucunda ortadan kalkmıştır.

Çizelge 4.25. Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Birlikte Yaşanılan Kişi							p
	Yalnız (n=38)	Arkadaşlar (n=4)	Eş (n=90)	Anne- Baba (n=17)	Eş ve Çocuklar (n=134)	Çocuklar (n=18)	Diğer (n=6)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-4)	3(2,5-3,5)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-4)	3(2-3)	0,987 ^k
H.Ö.E.Ö. 8	3(2-4)	3(2,5-3,5)	3(3-3)	3(3-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	0,282 ^k
H.Ö.E.Ö. 10	3(2-4)	3(2,5-3,5)	3(3-3)	3(3-3)	3(3-3)	3(2-3)	3(2-3)	0,961 ^k
H.Ö.E.Ö. 15	3(3-4)	3,5(2,5-4)	3(3-4)	3(2-3)	3(3-4)	3(2-3)	2,5(2-3)	0,155 ^k
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2,5-3)	3(2-3)	3(3-4)	3(2-3)	3(3-3)	3(2-3)	0,455 ^k
H.Ö.E.Ö. 19	2(2-3)	3(2,5-3)	2,5(2-3)	3(1-3)	2(2-3)	3(2-3)	2,5(2-3)	0,938 ^k
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-3,5)	3(3-4)	3(3-4)	3(3-3)	3(3-3)	3(3-3)	0,809 ^k
M.İ.U.Ö. 3								
Evet	9(23,7)	0(0)	13(14,4)	7(41,2)	34(25,4)	2(11,1)	1(16,7)	0,133*
Hayır	29(76,3)	4(100)	77(85,6)	10(58,8)	100(74,6)	16(88,9)	5(83,3)	
M.İ.U.Ö. 4								
Evet	6(15,8)	0(0)	13(14,4)	3(17,6)	26(19,4)	4(22,2)	0(0)	0,880*
Hayır	32(84,2)	4(100)	77(85,6)	14(82,4)	108(80,6)	14(77,8)	6(100)	
M.İ.U.Ö. 5								
Evet	30(78,9)	2(50)	75(83,3)	12(70,6)	103(76,9)	13(72,2)	5(83,3)	0,530*
Hayır	8(21,1)	2(50)	15(16,7)	5(29,4)	31(23,1)	5(27,8)	1(16,7)	

^kKruskal Wallis H Test, *Med(IQR)*
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

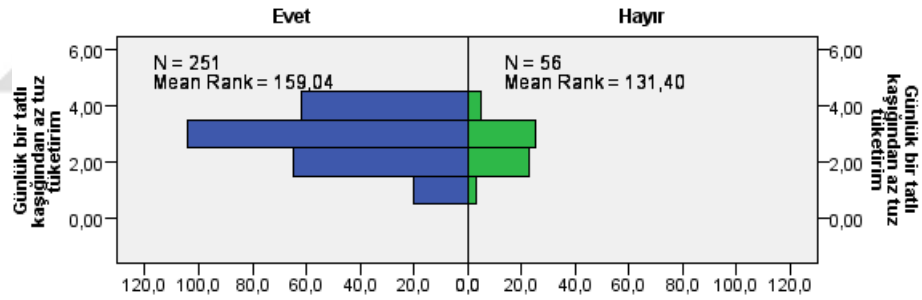
Çizelge 4.26. Hipertansiyon Hastalığı Süresine Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Hipertansiyon Hastalığı Süresi				p
	1 Yılda Az (n=46)	1-4 Yıl Arası (n=87)	5-14 Yıl Arası (n=108)	15 Yılda Fazla (n=66)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3,5)	3(2-3)	0,641 ^k
H.Ö.E.Ö. 8	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	3(3-4)	0,540 ^k
H.Ö.E.Ö. 10	3(2-4)	3(3-3)	3(3-3,5)	3(3-4)	0,683 ^k
H.Ö.E.Ö. 15	3(2-4)	3(2-3)	3(3-4)	3(3-4)	0,047^k
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,066 ^k
H.Ö.E.Ö. 19	3(2-3)	2(2-3)	2(2-3)	3(2-3)	0,190 ^k
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-3)	3(3-3)	3(3-3)	3(3-4)	0,504 ^k
M.İ.U.Ö. 3					
Evet	11(23,9)	24(27,6)	23(21,3)	8(12,1)	0,118*
Hayır	35(76,1)	63(72,4)	85(78,7)	58(87,9)	
M.İ.U.Ö. 4					
Evet	8(17,4)	14(16,1)	22(20,4)	8(12,1)	0,552*
Hayır	38(82,6)	73(83,9)	86(79,6)	58(87,9)	
M.İ.U.Ö. 5					
Evet	35(76,1)	60(69)	88(81,5)	57(86,4)	0,053*
Hayır	11(23,9)	27(31)	20(18,5)	9(13,6)	
^k Kruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, Med(IQR) *Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, n(%) Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği					

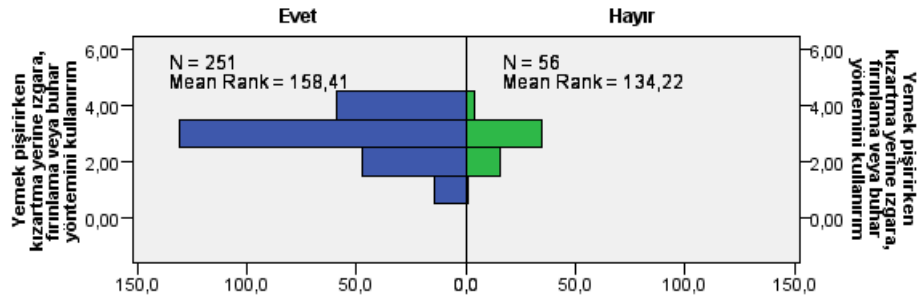
Tansiyon aletine sahip olan hastaların günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketiminde tansiyon aletine sahip olmayan hastalara göre daha yüksek skorlar aldığı görülmektedir (Şekil 4.5). Bu farklılık istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p=0,026$). Tansiyon aletine sahip olan hastaların, tansiyon aletine sahip olmayan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek skorlar aldığı diğer önermeler yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanma ($p=0,042$, Şekil 4.6) ve evde tansiyonu kontrol etme ($p<0,001$, Şekil 4.7) önermeleridir (Çizelge 4.27).

Çizelge 4.27. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

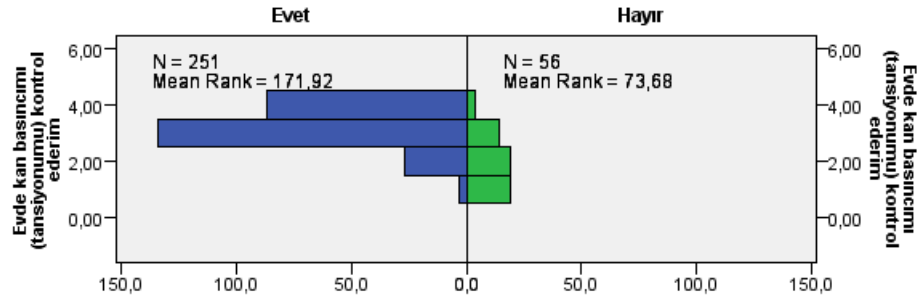
Değişkenler	Tansiyon Aleti Sahipliği		p
	Var (n=251)	Yok (n=56)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	0,026^µ
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-3)	3(2-3)	0,042^µ
H.Ö.E.Ö. 10	3(3-4)	3(2-3)	0,107 ^µ
H.Ö.E.Ö. 15	3(3-4)	2(1-3)	<0,001^µ
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	0,536 ^µ
H.Ö.E.Ö. 19	2(2-3)	3(2-3)	0,468 ^µ
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-3)	0,647 ^µ
M.İ.U.Ö. 3			
Evet	53(21,1)	13(23,2)	0,868*
Hayır	198(78,9)	43(76,8)	
M.İ.U.Ö. 4			
Evet	43(17,1)	9(16,1)	>0,999*
Hayır	208(82,9)	47(83,9)	
M.İ.U.Ö. 5			
Evet	199(79,3)	41(73,2)	0,415*
Hayır	52(20,7)	15(26,8)	
µMann Whitney U test, Med(IQR)			
*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, n(%)			
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği			



Şekil 4.5. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Günlük Tuz Tüketimi Skoru



Şekil 4.6. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Yemek Pişirme Yöntemi Skoru



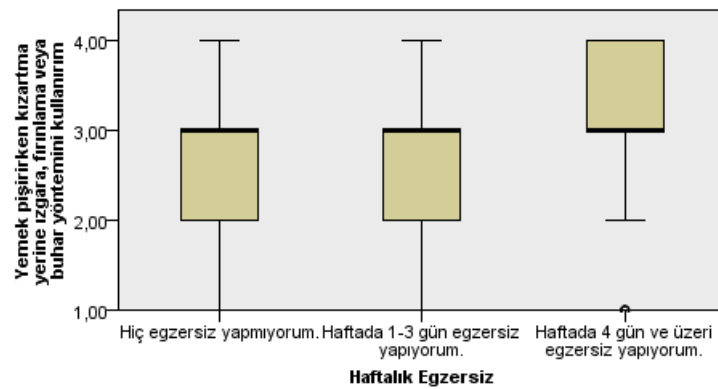
Şekil 4.7. Tansiyon Aleti Sahipliğine Göre Evde Tansiyon Ölçme Skoru

Egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılıkların görüldüğü ölçek önermelerinin tamamı Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği önermeleridir. Bu ölçekte yer alan “Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım” önermesi ($p<0,001$), “Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim” önermesi ($p=0,002$) ve “Kilonu kontrol altında tutarım” önermesi ($p<0,001$) anlamlı farklılıkların görüldüğü önermelerdir (Çizelge 4.28). Bu önermeler özelinde farklılığın kaynaklandığı grupları saptamak amacıyla ileri analizler yapılmıştır. Haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastaların, haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapan hastalara ($p=0,006$) ve hiç egzersiz yapmayan hastalara ($p<0,001$) göre daha yüksek yemek pişirirken ızgara ve diğer sağlıklı yöntemleri kullanma skorlarına sahip olduğu anlaşılmıştır (Şekil 4.8). Evde tansiyon kontrolü skorunun anlamlı olarak farklılaştığı tek ikili grup ise haftada en az 4 gün egzersiz yapanlar ile hiç egzersiz yapmayanlar olmuştur ($p=0,001$). Haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastaların evde tansiyon kontrolü skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 4.9). Kilonun kontrol altında tutulması skoru ise haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastalarda diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Şekil 4.10).

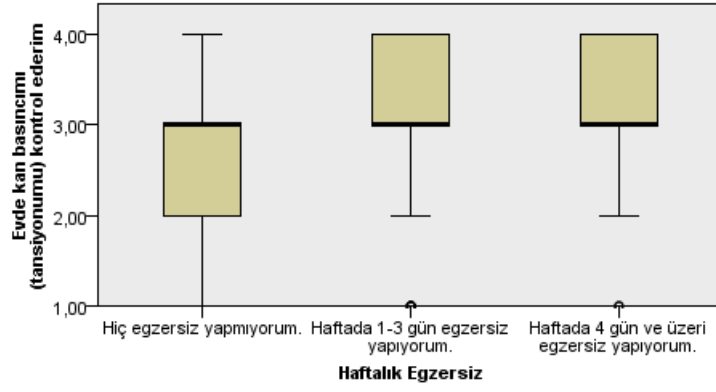
Çizelge 4.28. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma			p			
	Hiç egzersiz yapmıyorum (n=139)	Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum (n=99)	Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum (n=69)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	3(2-4)	0,484 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 8	3(2-3)	3(2-3)	3(3-4)	<0,001 ^k	>0,999	<0,001	0,006
H.Ö.E.Ö. 10	3(2-3)	3(2-4)	3(3-4)	0,123 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 15	3(2-3)	3(3-4)	3(3-4)	0,002 ^k	0,681	0,001	0,058
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	3(3-4)	<0,001 ^k	0,198	<0,001	0,006
H.Ö.E.Ö. 19	2(2-3)	2(2-3)	3(2-3)	0,164 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-3)	3(3-4)	3(3-4)	0,069 ^k	-	-	-
M.İ.U.Ö. 3							
Evet	33(23,7)	18(18,2)	15(21,7)	0,583*			
Hayır	106(76,3)	81(81,8)	54(78,3)				
M.İ.U.Ö. 4							
Evet	25(18)	20(20,2)	7(10,1)	0,183*			
Hayır	114(82)	79(79,8)	62(89,9)				
M.İ.U.Ö. 5							
Evet	35(25,2)	20(20,2)	12(17,4)	0,391*			
Hayır	104(74,8)	79(79,8)	57(82,6)				

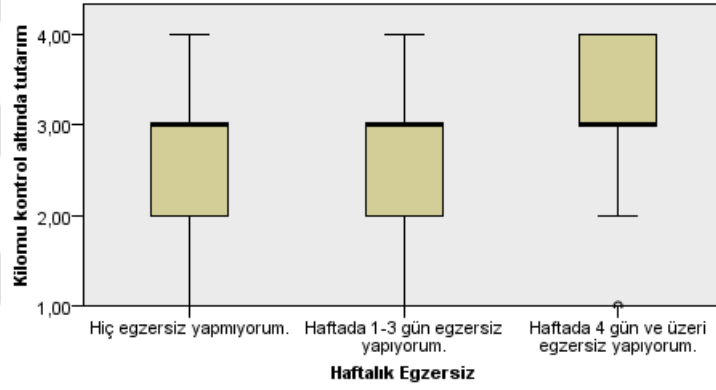
^kKruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, *Med(IQR)*
Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:
1: Hiç egzersiz yapmıyorum.
2: Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum
3: Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum
*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği



Şekil 4.8. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yemek Pişirme Yöntemi Skoru



Şekil 4.9. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Evde Tansiyon Ölçme Skoru

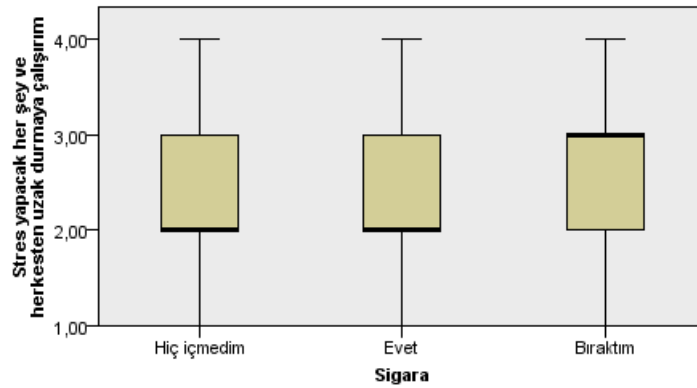


Şekil 4.10. Haftalık En Az 30 Dakika Egzersiz Yapma Durumuna Göre Kilonun Kontrol Altına Alınması Skoru

Sigara kullanım durumuna göre anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme “Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmaya çalışırım” önermesidir ($p=0,028$). Sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının bu önermeye ilişkin skorları, hiç sigara içmeyen hipertansiyon hastalarının skorlarına göre yüksektir (Şekil 4.11). Ancak diğer grup ikililerinin skorları istatistiksel açıdan benzerdir (Çizelge 4.29).

Çizelge 4.29. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Sigara Kullanımı			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Hiç içmedim (n=139)	Evet, kullanıyorum (n=99)	Bıraktım (n=69)				
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	3(2-4)	0,886 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 8	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,738 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 10	3(2-3)	3(3-3)	3(3-4)	0,635 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 15	3(3-4)	3(3-3)	3(3-4)	0,223 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,177 ^k	-	-	-
H.Ö.E.Ö. 19	2(2-3)	2(2-3)	3(2-3)	0,028^k	>0,999	0,038	0,084
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-3)	3(3-4)	0,097 ^k	-	-	-
M.İ.U.Ö. 3							
Evet	24(16,6)	24(29,6)	18(22,2)	0,074*			
Hayır	121(83,4)	57(70,4)	63(77,8)				
M.İ.U.Ö. 4							
Evet	20(13,8)	15(18,5)	17(21)	0,349*			
Hayır	125(86,2)	66(81,5)	64(79)				
M.İ.U.Ö. 5							
Evet	27(18,6)	23(28,4)	17(21)	0,239*			
Hayır	118(81,4)	58(71,6)	64(79)				
^k Kruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, <i>Med(IQR)</i> Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir: 1: Hiç egzersiz yapmıyorum. 2: Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum 3: Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum *Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, n(%) Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği							



Şekil 4.11. Sigara Kullanım Durumuna Göre Stresten Uzak Durma Skoru

Alkol tüketimine göre iki gruba ayrılan hipertansiyon hastalarının Çizelge 4.30’da yer alan analiz sonuçlarına göre, ölçek önermeleri çerçevesinde anlamlı bir farklılık sergilemediği, benzer skorlara ve dağılımlara sahip olduğu anlaşılmıştır. Örneğin, kendisini iyi hissettiğinde ilaç almayı bırakanların oranı alkol kullananlarda %72,7 iken, bu oran alkol tüketmeyen hipertansiyon hastalarında %79,2 olmuştur. Bu iki oran istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığı ifade etmemektedir ($p=0,528$).

Çizelge 4.30. Alkol Kullanımına Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Alkol Kullanımı		p
	Var (n=33)	Yok (n=274)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	0,734 ^µ
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-3)	3(2-3)	0,460 ^µ
H.Ö.E.Ö. 10	3(3-3)	3(3-4)	0,508 ^µ
H.Ö.E.Ö. 15	3(2-3)	3(3-4)	0,129 ^µ
H.Ö.E.Ö. 18	3(2-3)	3(2-3)	0,928 ^µ
H.Ö.E.Ö. 19	2(1-3)	2(2-3)	0,141 ^µ
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-3)	3(3-4)	0,120 ^µ
M.İ.U.Ö. 3			
Evet	9(27,3)	57(20,8)	0,528*
Hayır	24(72,7)	217(79,2)	
M.İ.U.Ö. 4			
Evet	5(15,2)	47(17,2)	0,965*
Hayır	28(84,8)	227(82,8)	
M.İ.U.Ö. 5			
Evet	24(72,7)	216(78,8)	0,563*
Hayır	9(27,3)	58(21,2)	

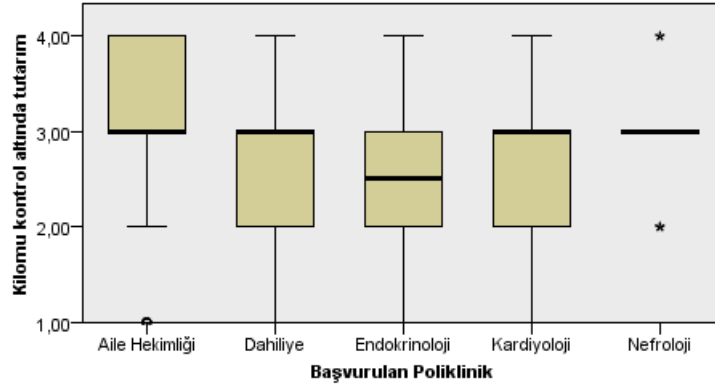
^µMann Whitney U test, *Med(IQR)*
*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, *n(%)*
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

Ölçek önermelerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığının analiz edildiği son değişken anket yapılan poliklinik değişkeni olmuştur (Çizelge 4.31). Anket yapılan polikliniğe göre anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesidir. Bu anlamlı farklılığın hangi poliklinikler arasında olduğunu görmek amacıyla yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvuran hastaların önerme skoru Endokrinoloji Polikliniği’ne başvuran hastalara göre ($p=0,014$) ve Kardiyoloji Polikliniği’ne başvuran hastalara göre ($p=0,046$) daha yüksektir (Şekil 4.12).

Çizelge 4.31. Anket Yapılan Polikliniğe Göre Hastaların Bazı Ölçek Skorları

Değişkenler	Başvurulan Poliklinik					p
	Aile Hekimliği (n=104)	Dahiliye (n=77)	Endokrinoloji (n=20)	Kardiyoloji (n=92)	Nefroloji (n=14)	
H.Ö.E.Ö. 6	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-4)	3(2-3)	0,226 ^k
H.Ö.E.Ö. 8	3(3-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,231 ^k
H.Ö.E.Ö. 10	3(3-4)	3(3-3)	3(2-3)	3(3-3,5)	3(3-3)	0,284 ^k
H.Ö.E.Ö. 15	3(2-4)	3(3-4)	3(3-3)	3(3-4)	3(3-4)	0,786 ^k
H.Ö.E.Ö. 18	3(3-4)	3(2-3)	2,5(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	0,003^k
H.Ö.E.Ö. 19	3(2-3)	2(2-3)	2(1-3)	2(2-3)	2,5(1-3)	0,056 ^k
H.Ö.E.Ö. 20	3(3-4)	3(3-3)	3(3-3,5)	3(3-3)	3,5(3-4)	0,126 ^k
M.İ.U.Ö. 3						
Evet	25(24)	18(23,4)	3(15)	18(19,6)	2(14,3)	0,850*
Hayır	79(76)	59(76,6)	17(85)	74(80,4)	12(85,7)	
M.İ.U.Ö. 4						
Evet	17(16,3)	13(16,9)	4(20)	18(19,6)	0(0)	0,469*
Hayır	87(83,7)	64(83,1)	16(80)	74(80,4)	14(100)	
M.İ.U.Ö. 5						
Evet	87(83,7)	53(68,8)	15(75)	74(80,4)	11(78,6)	0,185*
Hayır	17(16,3)	24(31,2)	5(25)	18(19,6)	3(21,4)	

^kKruskal Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, Med(IQR)
^{*}Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, n(%)
Kısaltmalar: H.Ö.E.Ö.: Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, M.İ.U.Ö.: Morisky İlaç Uyum Ölçeği



Şekil 4.12. Anket Yapılan Polikliniğe Göre Kilonun Kontrol Altına Alınması Skoru

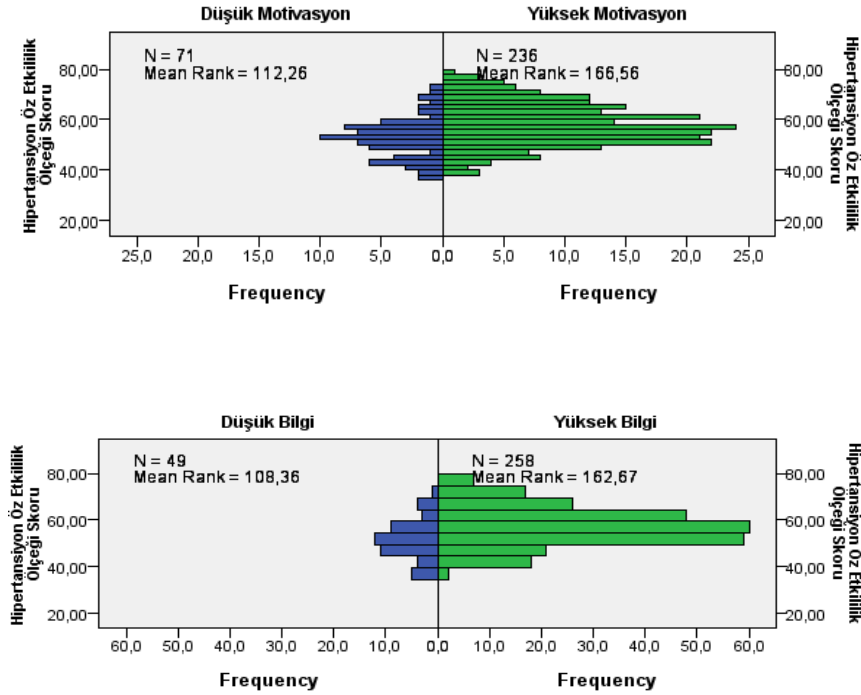
Çizelge 4.32’de Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru’nun, Morisky İlaç Uyum Ölçeği boyutlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Anlamlı farklılıkların saptandığı analiz

sonuçlarına göre, yüksek motivasyon ve yüksek bilgi kategorilerinde yer alan hastaların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru, düşük motivasyon ve düşük bilgi kategorilerinde yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$; Şekil 4.13).

Çizelge 4.32. Morisky İlaç Uyum Ölçeği Boyutlarına Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru

Değişkenler	n	Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru	p ^u
Morisky İlaç Uyum Ölçeği Motivasyon Boyutu			
Düşük Motivasyon	71	52(47-57)	<0,001
Yüksek Motivasyon	236	57(51,5-64)	
Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu			
Düşük Bilgi	49	52(47-57)	<0,001
Yüksek Bilgi	258	56(51-63)	
uMann Whitney U test, Med(IQR)			

^aMann Whitney U test, Med(IQR)



Şekil 4.13. Morisky İlaç Uyum Ölçeği Boyutlarına Göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon (HT), kardiyovasküler hastalıklar (KVH), inme, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonları olan; kan basıncı yükseldikçe hastalık seyrinin kötüleştiği çok faktörlü bir hastalıktır. Ölüm ve morbiditenin en önemli sebeplerinden biridir. Seyrinde ciddi komplikasyonlara sebep olması ve yaygın olarak görülmesi nedeniyle, HT önemli bir halk sağlığı sorunudur (7,12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada yaklaşık 1,13 milyar insanın hipertansiyonu vardır ve bu hastalarının %20'den azının kan basıncı düzeyleri kontrol altındadır (9). Tüm dünyada ve ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur (43).

Hipertansiyon tedavisinde yaşam tarzı değişikliği ile başlanılarak çeşitli medikal tedaviler ile regülasyon sağlanmaya çalışılmaktadır. Tedaviye uyum gösteren hastaların, tansiyonlarını kontrol altında tutmada daha başarılı olduğu bilinmektedir (12). Hipertansiyon hastalık yönetiminde başarı sağlanabilmesi için bireylerde ilaç uyumlarının artırılması, öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi ve artırılması gerektiği düşünülmektedir. Biz de çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hipertansiyon tanısı olan hastaların öz etkililik düzeylerine göre ilaç uyumunu ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirip elde ettiğimiz verilere göre hipertansiyon hastalarının öz etkililik düzeylerini ve ilaç uyumunu artırmak için yapabileceğimiz şeyleri belirlemeyi amaçladık.

Çalışmamıza katılan hastaların %61,9'u kadın, %38,1'i erkektir. Çalışmada yer alan hastaların en genci 19, en yaşlısı 91 yaşındadır. Ortalama yaş ise $56,67 \pm 11,21$ yıl olarak hesaplanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında, katılımcıların neredeyse yarısının (%49,2) 51 ile 64 yaş arasında olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan Patent 2 Hipertansiyon Prevelans Çalışması'na göre hipertansiyon dağılımı erkeklerde %49,7 kadınlarda %50,3 olup kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Ortalama yaş $42,51 \pm 15,87$ (18-92 yaş aralığında) olarak bulunmuş ve hipertansiyon prevalansının yaşla birlikte arttığı, 60 yaş sonrasında %60-70'e ulaştığı gözlenmiştir (11). Cinsiyet ve yaş aralığı dağılımı açısından örneklemimiz toplumumuzu yansıtmaktadır.

Hipertansiyon hastalarının tanı aldıktan sonra hastalık yönetimini geliştirmeleri açısından, kendi güçlerini algılama biçimlerini değerlendirmek amacıyla uygulanan hipertansiyon hastalık yönetimine ilişkin öz etkililik puan ortalamaları incelenmiştir. Türkoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında HT öz etkililik puan ortalaması 47.26 ± 10.78 saptanmışken, Han ve arkadaşlarının çalışmasında öz etkililik puanı ortalaması $63,3 \pm 8.7$ olarak saptanmıştır (18,44). Endonezya'da hipertansiyonu olan yetişkin hastaların öz bakım davranışlarını tanımlayan 2023 yılında yapılan 270 katılımcıyı içeren bir çalışmada da öz etkililik puanı ortalaması $49,78 \pm 6,64$ olarak saptanmış ve orta düzeyde değerlendirilmiştir (45). Bizim çalışmamızda öz etkililik puan ortancası $56,4 \pm 8,65$ bulunmuştur.

Çalışmamızda ilaç uyum ölçeğine göre hastaların %76,9'u yüksek motivasyonlu ve %84'ü yüksek bilgili olarak gruplandırılmıştır. Literatürde de benzer sonuçlar çıktığı tespit edilmiştir. Adeoye ve ark.'nın Nijeryalı hipertansiyon tanılı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da benzer şekilde araştırmaya katılanların büyük bir kısmının motivasyonu (%68,9) ve bilgisi (%89,2) yüksek bulunmuştur (46). Wasilewski ve ark.'nın kalp nakli alıcılarında antihipertansif tedaviye uyumu değerlendirdiği çalışmasında da kalp nakli yapılan kişilerde hem motivasyon hem de bilgi düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (47).

Çalışmamızda yaş gruplarına göre hastaların ölçek skorlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçlarına göre, ölçek skorları yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan benzerlik göstermektedir ($p > 0,05$). Yaş ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Kara ve ark.'nın da 146 hasta ile yaptıkları çalışmalarında yaş gruplarına göre Modifiye Morisky Ölçeği motivasyon ve bilgi skorlarının birbirine yakın değerlerde olduğu ve aradaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (48). Şen Gökçeimam ve ark.'nın hipertansiyon hastalarının bilinçli farkındalık düzeylerinin antihipertansif ilaç uyumuna olan etkisini araştırdığı çalışmalarında ise yaş ortalaması düşük olan hastaların ilaç uyumu düşük olarak saptanmış ve bunun genç hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha yoğun olmalarına, hastalığı veya olası

komplikasyonları yaşlılara göre daha az ciddiye almalarına bağlı olabileceğini belirtmişlerdir (49). Cingil ve ark.'nın 194 katılımcı ile yaptıkları çalışmada da genç hastalarda ilaç uyumlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir ve bunun nedenini ise hastalığı kabul edememe olarak bildirmişlerdir (50).

Literatürde dirençli hipertansiyonu olan kadınların erkeklere göre daha fazla ilaca uyumsuzluk yaşadığını gösteren çalışmalar vardır (51). Fakat Dias ve ark.'nın iskemik kalp hastaları ile yaptığı çalışmasında kadınların tedaviye olan inançları ve uyumları erkeklerden daha iyi bulunmuştur (52). Antihipertansif ilaçlara uyumu araştıran başka bir çalışmada da tedaviye uyumun kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğu gösterilmiştir (53). Yine farklı bir çalışmada, hipertansif hastalarda ilaca uyumun zayıf olmasının erkek cinsiyetle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (54). Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, ilaç uyumu ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik literatürde çelişkili bulguların olduğu görülmektedir. Bizim araştırmamızda da cinsiyete göre ölçek skorları benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Kadın veya erkek olmanın skorlar üzerinde fark yaratıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Örneğin, Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nde yüksek motivasyon grubunda yer alma sıklığı kadınlarda %77,4 iken, bu oran erkeklerde %76,1 olarak gerçekleşmiştir ve birbirine oldukça yakın saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar cinsiyetin hastaların öz etkililik düzeyleri ve ilaç uyumu üzerinde etkili bir demografik faktör olmadığını düşündürmektedir.

Benzer şekilde çalışmamızda medeni durumun da ölçek skorları üzerinde istatistiksel anlamda fark yaratmadığı görülmektedir. Yine başka bir çalışmada medeni durum açısından ilaç uyumu değerlendirildiğinde ilaç uyumu düşük ve orta yüksek olan gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (49). Özdemir ve arkadaşlarının altmış beş yaş ve üzeri toplam 107 hasta üzerinde yaptığı çalışmada da medeni durumlarına göre ilaç tedavisine uyum puan ortalamaları incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$) (55). Fakat Demirbaş ve Kutlu'nun çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz etkililik düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında evli olan katılımcıların bekar ve dul olanlara göre hem tedaviye uyum puanları, hem de Modifiye Morisky Ölçeği'nden aldıkları motivasyon ve bilgi skorları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (21). Literatürde farklı

sonuçların tespit edildiği göz önüne alınarak bu konu hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Nijerya’da hipertansiyon tanısı olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda eğitim durumu ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (46,56). Bizim çalışmamızda eğitim durumuna göre, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru’nda ($p=0,085$) ve Morisky İlaç Uyum Ölçeği Motivasyon Boyutu’nda ($p=0,412$) anlamlı bir farklılık saptanmazken, Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu eğitim durumu kategorilerine göre istatistiki açıdan farklılaşmaktadır ($p=0,019$). Anlamlı farklılığın hangi eğitim durumu kategorileri arasında olduğunu anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda, okuryazar olmayan hastaların (%50), ilköğretim mezunu (%15,9), lise mezunu (%11,3) ve üniversite mezunu (%14) hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda düşük bilgili olarak sınıflandığı anlaşılmıştır. Başka bir ifadeyle, ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalar okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda yüksek bilgili kategorisinde yer almıştır. Yine ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada da ilköğretim ve üstü eğitilmiş olanlarda sadece okuryazar olanlara göre motivasyon puanı ve bilgi düzeyi puanı daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (21). Bu sonuçlar sosyokültürel ve ülkelerarası eğitim sistemindeki farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizdeki çalışmalar yüksek eğitim düzeyinin ilaç uyumu konusunda bilgi seviyesini yükselterek ilaca uyumu artıracakını düşündürmektedir.

Demirbaş ve Kutlu’nun çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz etkililik düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında ise gelir seviyesi düşük hastaların ilaç tedavisine uyum ve öz etkililikleri düşük olarak bulunmuş, geliri giderine eşit veya fazla olanların hem tedaviye uyum puanları, hem de Modifiye Morisky Ölçeği’nden aldıkları motivasyon ve bilgi skorları daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$) (21). Irvin ve ark.’nın çalışmasında da düşük gelir düzeyinin antihipertansif tedaviye uyumu azaltabileceği belirtilmektedir (51). Bu sonuçların aksine çalışmamız gelir-gider durumuna göre yapılan analiz sonuçlarına göre ölçek skorlarının benzer olduğunu göstermektedir ($p>0,05$, Çizelge 4.12). Örneğin, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru dağılımı

incelendiğinde, her ne kadar geliri giderinden fazla olan hastalarda bu skor diğer iki gruba göre yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel açıdan bir anlam ifade etmemektedir ($p=0,121$). Bu sonuç ekonomik olarak tedaviye ulaşabilmenin öz etkililik düzeyi ve ilaca uyum için yeterli olmadığını düşündürmektedir. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Ölçek skorlarının istatistiksel açıdan benzer dağılım sergilediği bir diğer değişken hastanın birlikte yaşadığı kişidir. Hastanın birlikte yaşadığı kişi hiçbir ölçek skoru üzerinde fark yaratacılığı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$, Çizelge 4.13). Çalışmamız birlikte yaşanan kişinin katılımcıların öz etkililik düzeyleri ve ilaç uyumları üzerinde etkili bir demografik faktör olmadığını düşündürmektedir. Fakat ülkemizde çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz etkililik düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada il merkezinde eşi ile yaşayanların diğerlerine göre hem tedaviye uyum puanları, hem de Modifiye Morisky Ölçeği'nden aldıkları motivasyon ve bilgi skorları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (21). Yine benzer şekilde ülkemizde Kankaya ve arkadaşları 202 hastada yaptıkları çalışmalarında eşi ile yaşayan hastaların ilaç uyum puanlarının daha yüksek ve antihipertansif tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (57). Yaşlı bireylerde görülen fiziksel ve emosyonel yetersizlikler nedeniyle bakım gereksinimleri artmakta, ilaç temini ve kullanımında destek kişilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Demirbaş ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık tanı süresi arttıkça hastanın tedavi ile ilgili motivasyon ve bilgi düzeyinin azaldığı saptanmıştır (21). Unni ve arkadaşları da 2 yıl süre ile 436 hastayı izleyerek yaptıkları çalışmalarında başlangıçta ilaç uyumu az olan hastaların zaman içinde uyum düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptamamışlardır. Zaman içinde ilaca uyumda meydana gelen değişikliğin önemli belirleyicilerinin başlangıçtaki uyum ve ilaçlara ilişkin temel endişe inançları olduğunu tespit etmişlerdir (58). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon hastalarının hastalık sürelerine göre ortaya çıkan gruplarda ölçek skorları çerçevesinde benzerlikler görülmektedir ($p>0,05$). Hastalık süresiyle öz etkililik düzeyi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu yüzden tedavi başlangıcında

ve hastayla yapılan her görüşmede daha iyi uyum için ilaca bağılı endişeleri hafifletmek bununla birlikte öz etkililik düzeylerini de artırmaya çalışmak önemlidir.

Kan basıncının kendi kendine izlenmesi, beyaz önlük ile ilişkili hipertansiyonu ve kan basıncı değışkenliğini önlediğı için daha doğru kan basıncı ölçümleri sağlar (59). Cappuccio ve arkadaşlarının 18 randomize kontrollü çalışmanın meta analizini yaptığı çalışmasında, sağlık merkezlerinde standart kan basıncı takibi yerine evde tansiyon takibi kullanıldığında hipertansiyonlu kişilerde kan basıncı kontrolü ve hedeflere ulaşma oranının arttığı saptanmıştır (60). Tansiyon aleti sahibi olmak kendi kendine evde izlem için anahtar görevini üstlenir. Çalışmamızda tansiyon aleti sahipliğine göre katılımcıların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeğı Skoru'nda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). Tansiyon aleti sahibi olan hastaların ölçek skoru [56(51-63)], tansiyon aleti olmayanlara [52(50-57)] göre yüksektir. Modifiye Morisky Ölçeğı'nden aldıkları motivasyon ve bilgi skorları açısından ise tansiyon aleti sahipliğinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu sonuca göre tansiyon aleti sahibi olmak katılımcıların öz etkililik düzeylerini artıran bir faktördür. Hipertansiyon hastalarının öz etkililik seviyelerini artırmak için tansiyon aleti edinmelerini önerebiliriz.

Ham ve Yang düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanan hipertansiyonlu hastalarda yaşam tarzı faktörleri ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkileri araştırmış ve haftada en az 4 gün fiziksel aktivite yapanların kan basıncını kontrol altında tutma olasılıklarını daha yüksek saptamışlardır (61). Ülkemizde 291 hipertansiyon hastası ile yapılan bir çalışmada da düzenli fiziksel aktivite yapanların ve antihipertansif ilaçlarını düzenli kullananların öz bakım gücü algısının yüksek olduğu belirlenmiştir (62). Araştırmamızda haftalık en az 30 dakika egzersiz yapma durumlarına göre ortaya çıkan üç grubun istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar sergilediğı ölçek Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeğı olmuştur ($p<0,001$; Çizelge 4.16). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak amacıyla ileri analizler yapılmıştır. Bu analizler sonucunda haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapan hastaların ölçek skorunun, hiç egzersiz yapmayanlara göre ($p=0,036$); haftada en az 4 gün egzersiz yapanların

ölçek skorunun hiç egzersiz yapmayanlara göre ($p<0,001$) ve haftada en az 4 gün egzersiz yapanların ölçek skorunun haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapanlara göre ($p=0,020$) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Şekil 4.2). Bununla birlikte, hastaların egzersiz yapma durumları Morisky İlaç Uyum Ölçeği boyutları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre egzersiz sıklığı ile öz etkililik düzeyleri arasında pozitif korelasyon izlenmiştir. Hastaların öz etkililik düzeylerini artırmak için egzersiz yapmalarını önermeliyiz.

Sigara kullanımı önlenabilir en büyük ölüm nedenlerinden birisidir. ESH 2023 kılavuzunda sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında, sigara içenlerin daha yüksek kan basıncı değerleri ile başvurduğu ve sigaranın bazı antihipertansif ilaçların kan basıncı düşürücü etkisini bozduğu belirtilmiştir (4). Çalışmamızda sigara kullanımına göre ölçek skorlarının karşılaştırıldığı analiz sonuçlarına göre Morisky İlaç Uyum Ölçeği boyutlarının sigara kullanımından etkilenmediği ($p>0,05$), ancak Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği skorunun sigara kullanımına göre istatistiki açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0,004$). İleri analiz sonuçlarına bakıldığında, hayatında hiç sigara içmeyen hipertansiyon hastalarının ölçek skorunun [56(52-62)], sigara kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,012$). Yine sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının ölçek skoru [57(51-64)] sigara kullanan hastalara göre anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,009$). Sigara içmemiş hipertansiyon hastaları ile sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının ise ölçek skorları benzer görülmüştür ($p>0,999$, Şekil 4.3). Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada iyi öz etkililik, sigara içmemekle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (63). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların öz etkililik düzeyleri farklı bir ölçekle değerlendirilmiş ve sigara içmeyen katılımcıların ölçek puan ortalaması sigara içenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (64). Yine ülkemizde yapılan farklı bir araştırmada hastaların %35,9'unun sigara içtiği ve sigara içenlerinde öz etkililiklerinin düşük olduğu görülmüştür (65). Bu sonuçlara göre hastaların sigara kullanmamasını, kullanıyorsa da bırakmasını önererek öz etkililik düzeylerini artırabiliriz. Sigara kullanım öyküsü dikkatlice belirlenmeli, sigara içenler sigarayı bırakma konusunda teşvik edilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır.

Alkol alımının azaltılması, tüm hipertansif hastalara ve yüksek normal kan basınçlı bireylere önerilen yaşam tarzı değişikliklerindendir (66). Ham ve Yang 690 hipertansiyon hastası üzerinde yaptığı çalışmasında aşırı alkol kullanan hastaların kan basıncını kontrol altında tutma olasılıklarını daha düşük saptamışlardır (61). Fakat bizim çalışmamızda alkol kullanımı ile ölçek skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.18). Bu konu hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ölçek skorlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği bir diğer değişken anket yapılan poliklinik olmuştur. Örneğin, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuranlarda 57(52-64,5) olarak hesaplanmıştır. Ölçek skorunun en yüksek değere ulaştığı poliklinik Aile Hekimliği olsa da, diğer polikliniklerin Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skorları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0,679$). Literatürde bu konu hakkında yeterli çalışmaya rastlanılmamıştır. Bizim sonuçlarımıza göre aile hekimlerinin hastalarına daha fazla zaman ayırdığı için öz etkililik düzeylerinin artmasına daha fazla katkıda bulunabileceği düşünülse de istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı saptanmıştır.

Ölçeklerde yer alan bazı önermeler çerçevesinde yapılan analizlerde yer alan sonuçlara göre yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçlarında “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar yaş gruplarına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p=0,042$). İlaç almanın uzun dönemli yararlarını bilenlerin oranı, yaşı 35'in altında olan hastalarda (%60), yaşı 51 ile 64 arasında olan hastalara (%21,2) ve yaşı 65 ve üzeri olan hastalara (%17,6) göre daha yüksektir. Genç hastalar daha çok okudukları ve araştırma yaptıkları için ilaç almanın uzun dönem yararları hakkında bilgi sahibi oldukları düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar gösteren ölçek önermeleri, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nde “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesi ($p=0,036$), Morisky İlaç Uyum Ölçeği'nde ise “Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?” ($p=0,024$) ve “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?”

($p=0,026$) önermeleri olmuştur. Anlamlı farklılığın görüldüğü tek Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği önermesine ilişkin yapılan ileri analizler sonucunda anlamlılık kaybolmuştur. Kendisini kötü hissettiğinde ilacı neden olarak görüp kesenler okuryazar olan grupta (%50) lise mezunu olan hastaların yer aldığı gruba (%11,3) göre daha yüksek oranlara sahiptirler. Eğitim seviyesi yükseldikçe ilaçlarını doktora danışmadan kendi fikirlerine göre kesme oranı azalmaktadır. İlaç almanın uzun dönemli faydalarını bilenlerin oranları ise, okuryazar olmayan hastalarda ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktür (Çizelge 4.23). Yaşamın her alanında olduğu gibi eğitimin önemi burada da anlaşılmaktadır. Bu yüzden toplumumuzun eğitim düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Gelir-gider durumuna göre yapılan analizlerin sonuçlarına göre de çizelgede yer alan tüm ölçek önermeleri içerisinde anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nin "Kilomu kontrol altında tutarım" önermesidir. Geliri giderinden fazla olan hipertansiyon hastalarının bu önerme özelindeki skorlarının hem gelirleri ile giderleri denk olan hastalardan ($p=0,006$) hem de geliri giderinden az olan hastalardan ($p=0,006$) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Şekil 4.4). Ekonomik durumun yüksek olması yani harcanabilir gelirin artması, hem fertlere boş zamanın değerlendirilmesi bakımından bir kaynak hem de diyetisyen ve spor salonu gibi kilo vermeye yardımcı uygulamalar için harcama imkanı oluşturmaktadır (67,68). Bu sonuca göre içerisinde diyetisyen bulunan, spor faaliyetlerinin yapılabildiği, hastaların ücretsiz olarak yararlanabildiği sağlıklı yaşam merkezleri kurularak hastalar buralara yönlendirilip kilo kontrolü yapmalarının için teşvik edilmesi gerekmektedir.

Cuspidi ve arkadaşlarının 1350 hipertansif hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %66'sının düzenli olarak evde kan basıncı takibi uyguladığı ve bu hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda kan basıncı kontrolü sağlandığı tespit edilmiştir (%49,2'ye karşı %45,6, $P < 0,01$) (69). Ülkemizde de Erdem ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarının kan basıncı takibi ve tansiyon aletlerini değerlendirdiği bir çalışmada hastaların %53'ünde evinde tansiyon aleti olmasına rağmen bu hastaların az bir kısmının kontrollerine kan basıncı takibi ile geldiği belirtilmiştir (70). Bizim çalışmamızda da

katılımcıların %81,8 gibi çok daha yüksek bir oranda tansiyon aletine sahip olduğu ve bunun hastaların evde tansiyonunu kontrol etmesi ile istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$, Şekil 4.7). Çalışmamızda ayrıca tansiyon aletine sahip olan hastaların günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketiminde tansiyon aletine sahip olmayan hastalara göre daha yüksek skorlar aldığı görülmektedir (Şekil 4.5). Bu farklılık istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p=0,026$). Tansiyon aletine sahip olan hastaların, tansiyon aletine sahip olmayan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek skorlar aldığı bir diğer önerme yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanma olmuştur ($p=0,042$, Şekil 4.6, Çizelge 4.27). Buradan katılımcıların tansiyon aletleri olduğu için evde rahatlıkla tansiyonlarını kontrol edebildiklerinin yanı sıra diyetlerinde tuz ve yağ kullanımına da dikkat ettikleri tespit edilmiştir. Tansiyon aleti sahibi olmanın en önemli avantajı kişinin evde kan basıncı takibi yapabilmesine olanak sağlaması ve bunun sonucunda hastanın sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine motivasyonunu artırarak kan basıncı kontrolünü kolaylaştırmasıdır.

Günümüzde egzersiz konusunda bilgi yetersizliği, egzersizin insan sağlığı için faydalarının yeterince bilinmemesi ve her geçen gün hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi toplumda hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, obezite ve diyabet gibi birçok kronik hastalığın görülme riskini arttırmaktadır (71). Çalışmamızda egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılıkların görüldüğü ölçek önermelerinin tamamı Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği önermeleridir. Bu ölçekte yer alan “Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım” önermesi ($p<0,001$), “Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim” önermesi ($p=0,002$) ve “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesi ($p<0,001$) anlamlı farklılıkların görüldüğü önermelerdir (Çizelge 4.28). Bu önermeler özelinde farklılığın kaynaklandığı grupları saptamak amacıyla ileri analizler yapılmıştır. Haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastaların, haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapan hastalara ($p=0,006$) ve hiç egzersiz yapmayan hastalara ($p<0,001$) göre daha yüksek yemek pişirirken ızgara ve diğer sağlıklı yöntemleri kullanma skorlarına sahip olduğu anlaşılmıştır (Şekil 4.8). Evde tansiyon kontrolü skorunun anlamlı olarak farklılaştığı tek ikili grup ise haftada en az 4 gün egzersiz yapanlar ile hiç egzersiz yapmayanlar olmuştur ($p=0,001$). Haftada en az 4 gün

egzersiz yapan hastaların evde tansiyon kontrolü skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 4.9). Kilonun kontrol altında tutulması skoru ise haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastalarda diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Şekil 4.10). Buna göre egzersiz yapma sıklığı arttıkça hastaların diyetlerinde fazla yağ kullanımından kaçınması, evde kan basınçlarını kontrol etmesi ve kilolarını kontrol altında tutmaları artmıştır. Egzersiz yağlanmayı azaltarak ve kilo kontrolüne destek olur (72). Ülkemizde ruhsal bozukluklara sahip bireyler üzerinde, özellikle son 10 yılda yapılmış olan egzersiz ve fiziksel aktivitenin etkilerinin gözlendiği araştırmalar incelenmiş ve aylık bir fiziksel kondisyon programına katılan şizofreni hastalarının kilo kontrolünde de iyileşmeler gösterdiği saptanmıştır (73).

Araştırmamızda sigara kullanım durumuna göre anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme “Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmaya çalışırım” önermesidir ($p=0,028$). Sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının bu önermeye ilişkin skorları, hiç sigara içmeyen hipertansiyon hastalarının skorlarına göre yüksektir (Şekil 4.11). Ancak diğer grup ikililerinin skorları istatistiksel açıdan benzerdir (Çizelge 4.29). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde (KKTC), sigara içen ve içmeyen kişilerin stresle başa çıkma tutumlarının ve anksiyete seviyelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada da sigara içen katılımcıların %36,13’ünün sıkıntı ve stresten dolayı sigaraya başladığı saptanmıştır (74). Bizim çalışmamızda da sigara kullanmayı bırakan grubun bir dönem strese maruz kalarak sigara kullanıma başlayıp sonrasında stresle baş etme yollarını öğrenerek kullanmayı bırakmış olabileceği düşünülmektedir. Sigara ile ilgili şuan var olan kamu spotlarının artırılması, sosyal öğrenmenin önüne geçmek için çocukların bulunduğu yerlerde sigara kullanımının azaltılması, dumansız hava sahalarının artırılması ve stresle başa çıkma yollarıyla ilgili herkesin kolaylıkla erişebileceği bilgilendirici seminerler yapılması hastaların stres düzeylerini kontrol ederek sigara kullanımını bırakması konusunda önemlidir.

Çalışmamızda ölçek önermelerinin anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığının analiz edildiği son değişken anket yapılan poliklinik değişkeni olmuştur (Çizelge 4.31). Anket yapılan polikliniğe göre anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesidir. Bu anlamlı

farklılığın hangi poliklinikler arasında olduğunu görmek amacıyla yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların önerme skoru Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran hastalara göre ($p=0,014$) ve Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastalara göre ($p=0,046$) daha yüksektir (Şekil 4.12). Bu sonuç aile hekimlerinin hastalarına daha fazla zaman ayırarak hastalarla yaptıkları her görüşmede sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirme yapıp kilo kontrolü yapmalarını tavsiye etmesi nedeniyle saptanmış olabilir. Aile hekimleri, kilo kontrolü ve obezite ile savaşın bütün basamaklarında etkinlik göstererek, ülkelerindeki obezitenin önlenmesiyle sağlıklı nesiller yetişmesinde etkin rol almalıdır (75).

Ülkemizde 103 hipertansiyon hastası üzerinde yapılan bir çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan hastaların toplam öz etkililik puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (65). Bizim çalışmamızda da HT öz etkililik puanı ile ilaç uyumu motivasyon ve bilgi düzeyi puanları arasında pozitif korelasyon izlenmiştir. Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru'nun, Morisky İlaç Uyum Ölçeği boyutlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan anlamlı farklılıkların saptandığı analiz sonuçlarına göre, yüksek motivasyon ve yüksek bilgi kategorilerinde yer alan hastaların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru, düşük motivasyon ve düşük bilgi kategorilerinde yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$; Şekil 4.13). Bu sonuçlara göre hastaların ilaç uyumu ile öz etkililik düzeyleri arasında güçlü bir ilişki vardır. Hastaların öz etkililik düzeylerini ve dolayısıyla ilaç uyumlarını artırarak kan basıncı regülasyonunu sağlayabiliriz.

6. SONUÇLAR

Hipertansiyon toplumda görülme sıklığı yüksek, ciddi komplikasyonları olan kronik bir hastalıktır. Komplikasyonların önlenmesi açısından hastaların tanı aldıktan sonra desteklenmesi, öz etkililiklerinin dolayısıyla hastalıkla baş etme kapasitelerinin geliştirilmesi ve ilaç uyumlarının artırılması önemlidir. Hipertansiyon hastalarının öz etkililik düzeylerine göre ilaç uyumunun ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmamızda verilerden elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Katılımcıların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nden aldıkları ölçek skorları 37 ile 78 aralığında değişmekte olup, ortalama $56,4 \pm 8,65$ olarak hesaplanmıştır.
- Morisky İlaç Uyum Ölçeği'ne göre hastaların %76,9'u yüksek motivasyonlu ve %84'ü yüksek bilgili olarak gruplandırılmıştır.
- Morisky İlaç Uyum Ölçeği'ne göre yüksek motivasyon ve yüksek bilgi kategorilerinde yer alan hastaların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru, düşük motivasyon ve düşük bilgi kategorilerinde yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.
- Eğitim seviyesine göre Morisky İlaç Uyum Ölçeği Bilgi Boyutu değerlendirildiğinde ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalar okuryazar olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla oranda yüksek bilgili kategorisinde yer almıştır.
- Tansiyon aleti sahipliğine göre katılımcıların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru; tansiyon aleti sahibi olanlarda 56 (51-63), tansiyon aleti olmayanlarda 52 (50-57) olarak tespit edilmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Haftalık en az 30 dakika egzersiz yapma durumlarına göre haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapan hastaların ölçek skorunun hiç egzersiz yapmayanlara göre, haftada en az 4 gün egzersiz yapanların ölçek skorunun hiç egzersiz yapmayanlara göre ve haftada en az 4 gün egzersiz yapanların ölçek skorunun haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre egzersiz sıklığı ile öz etkililik düzeyleri arasında

pozitif korelasyon izlenmiştir.

- Sigara kullanım durumuna göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği skoru hayatında hiç sigara içmemiş hipertansiyon hastalarında [56(52-62)] ve sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarında [57(51-64)], sigara kullanan hastalara [53(49-58)] göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek tespit edilmiştir. Sigara içmemiş hipertansiyon hastaları ile sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının ise ölçek skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Ölçeklerde yer alan bazı önermeler çerçevesinde yapılan analizlerde yer alan sonuçlara göre yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçlarında “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İlaç almanın uzun dönemli yararlarını bilenlerin oranı, yaşı 35’in altında olan hastalarda (%60), yaşı 51 ile 64 arasında olan hastalara (%21,2) ve yaşı 65 ve üzeri olan hastalara (%17,6) göre daha yüksek bulunmuştur.
- Eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösteren ölçek önermeleri, Morisky İlaç Uyum Ölçeği’nde “Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?” ve “İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?” önermeleri olmuştur. Kendisini kötü hissettiğinde ilacı neden olarak görüp kesenler okuryazar olan grupta (%50) lise mezunu olan hastaların yer aldığı gruba (%11,3) göre daha yüksek oranlara sahiptirler. İlaç almanın uzun dönemli faydalarını bilenlerin oranları ise, okuryazar olmayan hastalarda ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük saptanmıştır.
- Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği’nin “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesinde gelir-gider durumuna göre yapılan analizlerin sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan hipertansiyon hastalarının bu önerme özelindeki skorlarının hem gelirleri ile giderleri denk olan hastalardan hem de geliri giderinden az olan hastalardan daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.

- Katılımcıların %81,8 gibi yüksek bir oranda tansiyon aletine sahip olduğu ve bunun hastaların evde tansiyonunu kontrol etmesi ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur. Ayrıca tansiyon aletine sahip olan hastaların günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketiminde ve yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanmada tansiyon aletine sahip olmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldığı tespit edilmiştir.
- Egzersiz yapma durumuna göre Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği'nde yer alan “Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım” önermesi, “Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim” önermesi ve “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar görülmüştür. Bu önermeler özelinde farklılığın kaynaklandığı grupları saptamak amacıyla yapılan ileri analizlerde haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastaların, haftada 1 ile 3 gün arası egzersiz yapan hastalara ve hiç egzersiz yapmayan hastalara göre daha yüksek yemek pişirirken ızgara ve diğer sağlıklı yöntemleri kullanma ve kilonun kontrol altında tutulması skorlarına sahip olduğu anlaşılmıştır. Evde tansiyon kontrolü skorunun istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı tek ikili grup ise haftada en az 4 gün egzersiz yapanlar ile hiç egzersiz yapmayanlar olmuştur. Haftada en az 4 gün egzersiz yapan hastaların evde tansiyon kontrolü skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Sigara kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme “Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmaya çalışırım” önermesidir. Sigarayı bırakan hipertansiyon hastalarının bu önermeye ilişkin skorları, hiç sigara içmeyen hipertansiyon hastalarının skorlarına göre yüksektir. Ancak diğer grup ikililerinin skorları istatistiksel açıdan benzerdir.
- Anket yapılan polikliniğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın görüldüğü tek önerme “Kilomu kontrol altında tutarım” önermesidir. Bu anlamlı farklılığın hangi poliklinikler arasında olduğunu görmek amacıyla yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların önerme skoru Endokrinoloji Polikliniği'ne ve Kardiyoloji

Polikliniği'ne başvuran hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir.



7. ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

- Hipertansiyon hastalarında kan basıncı regülasyonunu sağlamak için tedavi başlangıcında ve hastayla yapılan her görüşmede daha iyi uyum için ilaca bağlı endişeleri hafifletmek bununla birlikte öz etkililik düzeylerini de artırmaya çalışmak önemlidir.
- Hastaların öz etkililik düzeylerini artırmak için egzersiz yapmalarını, evde kan basınçlarını takip edebilmeleri için tansiyon aleti edinmeleri önerilir.
- Hastaların sigara kullanmamasını, kullanıyorsa da bırakmasını önererek öz etkililik düzeylerini artırabiliriz. Sigara kullanım öyküsü dikkatlice belirlenmeli, sigara içenler sigarayı bırakma konusunda teşvik edilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır.
- Yaşamın her alanında olduğu gibi eğitimin hastaların ilaç uyumu üzerinde de önemli bir etkisi vardır. Bu yüzden toplumumuzun eğitim düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılması önerilir.
- İçerisinde diyetisyen bulunan, spor faaliyetlerinin yapılabildiği, hastaların ücretsiz olarak yararlanabildiği sağlıklı yaşam merkezleri kurularak hastalar buralara yönlendirilerek kilo kontrolü yapmaları için teşvik edilmelidir.
- Kitle iletişim araçları vasıtasıyla hipertansiyondan korunma ve öz etkililik düzeylerinin artırılmasına yönelik toplumun bilinçlendirilmesi önerilir.
- Web tabanlı uzaktan eğitim programları yardımıyla daha geniş kitlelere hipertansiyon hakkında bilinçlendirme yapılarak sağlık okuryazarlığının artırılması önerilir.
- Hipertansiyon yönetiminin başarısı için hipertansif hasta ve ailesinin güçlendirilmesi konusunda danışmanlık sağlanması, hastaların ilaç uyumlarını ve öz etkililiklerini artırıcı girişimlerin planlanması önerilir.
- Çalışmamıza benzer güncel çalışmalar yapılması ve öz etkililik düzeyinin daha fazla veriyle karşılaştırılması sağlanarak öz etkililik düzeyini etkileyen faktörlerin zenginleştirilmesi önerilir.

8. KAYNAKLAR

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334–57.
2. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA*. 2014;311(5):507.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–104.
4. Mancia (Chairperson) G, Kreutz(Co-Chair) R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertensi. *J Hypertens [Online]*. 2023;41(1). Erişim Adresi: <https://journals.lww.com/10.1097/HJH.0000000000003480> Erişim Tarihi:20.10.2023
5. American College of Cardiology Hypertension Guideline 2017, Erişim Adresi:<https://www.acc.org/guidelines> Erişim Tarihi:29.09.2022.
6. Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. Which hypertension guideline and threshold values? New thresholds in hypertension. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2019;23(2):78–84.
7. Aydoğdu A, Atlı T, Bayram F, Can S, Cesur M, Ersoy B et al. TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2022. Erişim Adresi: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>. Erişim Tarihi:03.10.2022.
8. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A et al. 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. *Archives Turkish Soc Cardiol*. 2019;47 (6) : 535-546.
9. World Health Organization. Hypertension. Erişim Adresi:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Erişim Tarihi: 22.09.2022.

10. Altun B, Arici M, Nergizoęlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005;23(10):1817–23.
11. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*. 2016;34(6):1208–17.
12. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu Erişim Adresi: <https://tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> Erişim Tarihi:22.09.22.
13. World Health Organization. The top 10 causes of death. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Erişim Tarihi: 23.01.2024.
14. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim Tarihi: 23.01.2024.
15. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekim Bülteni*. 2006;25(3):1–5.
16. Riaz Ahmad Z, Yasien S, Ahmad R. Relationship between perceived social self-efficacy and depression in adolescents. *Iran J psychiatry Behav Sci*. 2014;8(3):65–74.
17. Token Y. Investigation of Disease Management of Individuals with Hypertension at Home. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;4(1):30–40.
18. Turkoglu N, Kilic D. Turkish Reliability and Validity Study of the Hypertension Self-Efficacy Scale. *J Cardiovasc Nurs*. 2022;12(29):190–5.
19. Kara M, van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM, Astı T, Erguney S. Cross-cultural adaptation of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus: Scale development. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(5):611–21.
20. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Erzincan Üniv SYO. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):153-164.

21. Demirbaş N. KR. Treatment Adherence And Self-Efficacy Levels Of Adults Using Multiple Drugs. Ankara Med J. 2020;20(2):269–80.
22. Pahria T, Nugroho C, Yani DI. Factors Influencing Self-Care Behaviors in Hypertension Patients With Complications. Vasc Health Risk Manag. 2022;Volume 18:463–71.
23. World Health Organization. Global Status Report On Noncommunicable Diseases. 2014. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi:20.09.2022.
24. Onat A. TEKHARF 2017. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. İstanbul, 2017, ss: 108-118. Erişim Adresi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> Erişim tarihi: 07.09.2023.
25. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, et al. Residual Lifetime Risk for Developing Hypertension in Middle-aged Women and Men. JAMA. 2002 Feb 27;287(8).
26. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715> Erişim Tarihi: 23.01.2024.
27. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. The Journal of Clinical Hypertension. 2014 Jan;16(1):14–26.
28. Çakır B, Altay S. Sekonder Hipertansiyon, HT Bülteni 2022;10:1-4. Erişim Adresi: <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=22> Erişim Tarihi:20.09.2023.
29. Öztürk O. Birinci Basamakta Sekonder Hipertansiyon Tanısal Süreci ve Tedavi Prensipleri, Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(6):449-52.
30. Calonge N, Petitti DB, Dewitt TG, Gordis L, Gregory KD, Harris R, et al. Screening for High Blood Pressure: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2007;147(11):783.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği

- Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara 2015. Erişim Adresi: https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/aile_e6f8c.pdf Erişim Tarihi:30.09.2023.
32. World Health Organization. Salt reduction. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction> Erişim Tarihi: 04.10.2023.
33. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. Blood Press. 2010 Oct 10;19(5):313–8.
34. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, et al. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients. 2017 Aug 24;9(9):933.
35. Erdem Y. Tuz Tüketimi, Vücuttaki Dağılımı ve Hipertansiyon Patogenezindeki Yeri. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Haber Bülteni. 2016;3(5):5-6.
36. Sinan A, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol, 2019;47(6):535–546.
37. Kultursay H. Methods of risk estimation for cardiovascular disease. Turk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol. 2009;39:6–13.
38. Coles S, Fisher L, Lin KW, Lyon C, Vosooney AA, Bird MD. Blood Pressure Targets in Adults With Hypertension: A Clinical Practice Guideline From the AAFP. Am Fam Physician 2022;106(6): 721-731.
39. Bandura A, Freeman WH, Lightsey R. Self-Efficacy: The Exercise of Control. J Cogn Psychother. 1999;13(2):158–66.
40. Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, Tan NC. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. BMC Fam Pract. 2021;22(1):44.
41. Aluş-Tokat M, Okumuş H. Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;10(3):51-58.
42. Zinat Motlagh SF, Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-Care Behaviors

- and Related Factors in Hypertensive Patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(6).
43. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(2):167-172.
 44. Han H-R, Lee H, Commodore-Mensah Y, Kim M. Development and Validation of the Hypertension Self-care Profile. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(3):E11–20.
 45. Sarfika R, Sulistiawati, Afriyanti E, Saifudin IMMY. Self-care behavior among adult patients with hypertension in Padang, West Sumatra, Indonesia: A cross-sectional study. *Belitung Nurs J*. 2023;9(6):595–602.
 46. Adeoye A, Adebisi A, Adebayo O, Owolabi M. Medication adherence and 24-h blood pressure in apparently uncontrolled hypertensive Nigerian patients. *Niger Postgrad Med J*. 2019;26(1):18.
 47. Wasilewski GJ, Milaniak I, Janik Ł, Sadowski J, Przybyłowski P. Quality in Medicine Adherence to antihypertensive therapy among heart transplant recipients. *Polish J Cardio-Thoracic Surg*. 2014;3:343–8.
 48. Kara DD, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Çoklu İlaç Kullanan Erişkinlerde Tedaviye Uyumun Hastalık Algısı, Bilgi ve Tutum Bağlamında Değerlendirilmesi. *TJFMPC* 2017;11(4):227-34.
 49. Şen Gökçeimam P, Aydın Sünbül E, Güçtekin T, Sünbül M. The Effect of Mindfulness Level on Drug Adherence in Hypertension Patients. *Namık Kemal Tıp Derg*. 2022 Jun 22;10(2):212–8.
 50. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Evaluation of compliance and level of knowledge of patients with hypertension living in Karaman city center, Turkey. *Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37(8):551-6.
 51. Irvin MR, Shimbo D, Mann DM, Reynolds K, Krousel-Wood M, Limdi NA, et al. Prevalence and Correlates of Low Medication Adherence in Apparent Treatment-Resistant Hypertension. *J Clin Hypertens*. 2012;14(10):694–700.
 52. Dias A, Pereira C, Monteiro MJ, Santos C. Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. *Atención Primaria*. 2014;46:101–6.

53. Qvarnström M, Kahan T, Kieler H, Brandt L, Hasselström J, Bengtsson Boström K, et al. Persistence to antihypertensive drug treatment in Swedish primary healthcare. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(11):1955–64.
54. Essomba NE, Hamadou B, Kedy Koum DC, Atemkeng A, Coppieters Y. Facteurs de Non Observance au Traitement Antihypertenseur chez les Adultes à Douala. *Health Sci Dis.* 2017;18:51-7.
55. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Compliance with drug treatment in geriatric patients with hypertension. *Bakirkoy Tip Derg / Med J Bakirkoy.* 2016;195–201.
56. Okunrinboye HI, Otakpor AN, Ilesanmi OS. Depression and medication-adherence in patients with hypertension attending a tertiary health facility in South-West Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2019;33.
57. Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut Ö, Kurt E. Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği. *EÜ Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2017;33(3):1-10.
58. Unni E, Shiyabola OO, Farris KB. Change in Medication Adherence and Beliefs in Medicines Over Time in Older Adults. *Glob J Health Sci.* 2015;8(5):39.
59. Baguet J-P, Mallion J-M. Self-monitoring of blood pressure should be used in clinical trials. *Blood Press Monit.* 2002 Feb;7(1):55–9.
60. Cappuccio FP, Kerry SM, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2004;329(7458):145.
61. Ham OK, Yang SJ. Lifestyle Factors Associated With Blood Pressure Control Among Those Taking Antihypertensive Medication. *Asia Pacific J Public Heal.* 2011;23(4):485–95.
62. Yılmaz Y, Hacıhasanoğlu Aşıl R. Effect of Sleep Quality on Self Care Agency and Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. *J Turkish Sleep Med.* 2022;9(3):278–87.
63. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health.* 2012;37(1):15–24.

64. Tümer A, Subaşı Baybuğa M, Dereli F, Demir Uysal D. The Compliance Level of Treatment of Hypertensive Patients. J Cardiovasc Nurs. 2016;7(13):105–13.
65. Metin T, Semerci V, Çetinkaya Özdemir S. Hipertansiyon Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve Aleksitimi Düzeyleri Öz Etkililik Düzeylerinin Yordayıcısı Mıdır? Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2023;10(3):188–97.
66. Kılıç T, Üstü Y. Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. Ankara Medical Journal 2012;12(4):205-213.
67. Sunay H. Türk Spor politikasına analitik bir bakış. Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilim Derg. 2003;001–4.
68. Bayraktar C. Sosyal yapı özelliklerinin spora etkisi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2003;17(1):19-36.
69. Cuspidi C, Meani S, Fusi V, Salerno M, Valerio C, Severgnini B, et al. Home blood pressure measurement and its relationship with blood pressure control in a large selected hypertensive population. J Hum Hypertens. 2004;18(10):725–31.
70. Erdem E, Kaya C, Sarı A, Özen F, Dilek M, Akpolat T, et al. Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. Anatol J Clin Investig. 2012;6(2):81-85.
71. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):963-977.
72. Tanık F, Naz İ. Kanserde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz - Koruyucu ve Tedavi Edici Etki. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2022; 7(1): 129-132.
73. Bay ÜS, Yılmaz E. Ruhsal Bozukluklarda Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Etkileri ile İlgili Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi. Akdeniz Spor Bilim Derg. 2020;3(2):437–47.
74. Işıktaş S, Karafistan M, Ayaz D, Yılmaz AS. Sigara İçen Ve İçmeyen Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Açısından Karşılaştırılması.

Cyprus Turkish J Psychiatry Psychol. 2019;1(2).

75. Kurt AK. Birinci Basamakta Obezite Yönetimi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2019;11(2):55-60.



9. ÖZET

Hipertansiyon Hastalarının Öz Etkililik Düzeyine Göre İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamıza Akdeniz Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri hipertansiyon hastalığı olan kişiler dahil edilmiştir. Hipertansiyon hastalığı olan kişilerin öz etkililik düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumu arasındaki ilişki ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma olan araştırmamız, anket yoluyla yüz yüze uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sosyodemografik özellikleri, öz etkililik düzeyini değerlendirmek amacıyla Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği ve ilaç uyumlarını belirlemek amacıyla Modifiye Morisky Ölçeği yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 307 katılımcının yaş ortalaması $56,67\pm 11,21$ yıldır. Katılımcıların %61,9'u kadın, %74,9'u evli, %34,9'u ilköğretim ve üniversite mezunudur. Katılımcıların %56,4'ünün gelir düzeyinin giderine denk olduğu, %43,6'sı eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %35,2'sinin en az 5 en fazla 14 yıldır hipertansiyon hastalığı tanısı olup %81,8'inin evde tansiyon aletine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %45,3'ü hiç egzersiz yapmamış, %47,2'si hiç sigara kullanmamış, %89,3'ü hiç alkol içmemiştir. Hastaların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği skoru ortalama $56,4\pm 8,65$ olarak hesaplanmış, Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre hastaların %76,9'u yüksek motivasyonlu ve %84'ü yüksek bilgili olarak gruplandırılmıştır. Yüksek motivasyon ve yüksek bilgi kategorilerinde yer alan hastaların Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği Skoru, düşük motivasyon ve düşük bilgi kategorilerinde yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ilaç uyumu bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,019$). İlköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu hastalar okuryazar olmayan

hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda yüksek bilgili kategorisinde yer almıştır. Katılımcıların tansiyon aletine sahip olması, egzersiz yapması ve sigara kullanımı ile hipertansiyon öz etkililik puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,004$, $p<0,001$ ve $p=0,004$).

Sonuç ve Öneriler: Hipertansiyon toplumda görülme sıklığı yüksek, ciddi komplikasyonları olan kronik bir hastalıktır. Kan basıncı regülasyonunun sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi açısından hastaların tanı aldıktan sonra desteklenmesi, öz etkililiklerinin dolayısıyla hastalıkla baş etme kapasitelerinin geliştirilmesi, ilaç uyumlarının artırılması önemlidir. Bizim çalışmamızda hastaların ilaç uyumu hakkında bilgi ve motivasyon düzeyi ile öz etkililik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon yönetiminin başarısı için hipertansif hasta ve ailesinin güçlendirilmesi konusunda danışmanlık sağlanması, hastaların ilaç uyumlarını ve öz etkililiklerini artırıcı girişimlerin planlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, bilgi düzeyi, motivasyon, öz etkililik, ilaç uyumu.

10. ABSTRACT

Evaluation of Medication Adherence According to Self-Efficacy Level of Hypertension Patients

Objective: The study included people with hypertension over the age of 18 years who applied to the outpatient clinics of Akdeniz University Hospital, agreed to participate in the study and gave consent. It was aimed to determine the relationship between self-efficacy levels and medication adherence of people with hypertension and the factors affecting them.

Method: Our study, which is a descriptive and cross-sectional study, was conducted face-to-face via a questionnaire. The participants who agreed to participate in the study were administered the Hypertension Self-Efficacy Scale to assess sociodemographic characteristics, self-efficacy level and the Modified Morisky Scale to determine medication compliance by face-to-face interview technique. Data were analysed using IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 software. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of 307 participants was 56.67 ± 11.21 years. 61.9% of the participants were female, 74.9% were married, 34.9% were primary school and university graduates. It was found that 56.4% of the participants had an income level equivalent to their expenses, 43.6% lived with their spouses and children, 35.2% had a diagnosis of hypertension disease for at least 5 and at most 14 years, and 81.8% had a blood pressure monitor at home. Among the participants, 45.3% never exercised, 47.2% never smoked, and 89.3% did not drink alcohol. The mean Hypertension Self-Efficacy Scale score of the patients was calculated as 56.4 ± 8.65 , and 76.9% of the patients were grouped as highly motivated and 84% as highly informed according to the Modified Morisky Scale. The Hypertension Self-Efficacy Scale Score of the patients in the high motivation and high knowledge categories was found to be statistically significantly higher than the patients in the low motivation and low knowledge categories ($p < 0.001$). A significant relationship was found between the education level of the

participants and the medication adherence knowledge level score ($p=0.019$). Primary school graduates, high school graduates and university graduates were significantly more likely to be in the high knowledge category than illiterate patients. A significant relationship was found between having a blood pressure monitor, exercising and smoking and hypertension self-efficacy score ($p=0.004$, $p<0.001$ and $p=0.004$, respectively).

Conclusion and Recommendations: Hypertension is a chronic disease with high prevalence and serious complications. In order to ensure blood pressure regulation and prevent complications, it is important to support patients after diagnosis, to improve their self-efficacy and thus their capacity to cope with the disease, and to increase their medication compliance. In our study, it was found that the level of knowledge and motivation about medication adherence and self-efficacy scores of the patients were high. For the success of hypertension management, it may be recommended to provide counselling on empowerment of hypertensive patients and their families, and to plan interventions to increase patients' medication compliance and self-efficacy.

Keywords: Hypertension, knowledge, motivation, self-efficacy, medication adherence.

11. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedeni etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “Hipertansiyon Hastalarının Öz Etkililik Düzeyine Göre İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi” Anketi

b. Araştırmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı olan hastaların öz etkililik düzeylerine göre ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada, çalışmayı kabul eden kişilere 3 bölümden oluşan bir anket uygulanacaktır. Anketin birinci bölümünde sizin sosyodemografik özellikleriniz sorulmaktadır. Bu veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Anketin ikinci bölümünde hastaların öz etkililik düzeylerini belirlemek amacıyla Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, üçüncü bölümde ise hastaların ilaç uyumunu değerlendirmek için Modifiye Morisky Ölçeği uygulanmaktadır.

c. Araştırmanın Amacı: Bu araştırma ile Akdeniz Üniversitesi polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri hipertansiyon hastalığı olan kişilerin öz etkililik düzeylerine göre ilaç uyumunu ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmadan elde ettiğimiz verilerin hipertansiyon hastalarında öz etkililik düzeyi ve ilaç uyumunu artırmak için yapabileceklerimiz hakkında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

d. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 258

g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**

Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmayla katılımcılar için hipertansiyon öz etkililik düzeyleri ve ilaç uyumu hakkında farkındalık oluşturulup hastalık algılarını artıracığı düşünülmüştür.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Tuğçe Akçakaya

Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak

gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin Avcı tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletebilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve

sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Hipertansiyon Hastalarının Öz Etkililik Düzeyine Göre İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi Anketi

HİPERTANSİYON HASTALARININ ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNE GÖRE İLAÇ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen hipertansiyon hastalarının öz etkililik düzeyine göre ilaç uyumunun değerlendirilmesi için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Birinci bölümdeki sorular sizin sosyodemografik özelliklerinizle ilgilidir ve kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği, üçüncü bölümde ilaç uyumunu değerlendirmemiz için Modifiye Morisky Ölçeği soruları vardır. Yanıtladığınız anket verileri araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

2) Yaşınız:

3) Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3)Dul 4)Boşanmış

4) Eğitim durumunuz

1)Okur-yazar değil 2)Okuryazar 3)İlköğretim 4)Lise 5)Üniversite

5) Ailenizin aylık gelirini giderinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

1)Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3)Gelir giderden fazla

6) Kaç yıldır yüksek tansiyon hastalığınız var?

1)1 yıldan az 2)1-4 yıl arası 3)5-14 yıl arası 4)15 yıldan fazla

7) Tansiyon aletiniz var mı?

1) Evet ☐ 2) Hayır ☐

8) Evde birlikte yaşadığınız kişiler (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Yalnız 2)Arkadaşlar 3)Eş 4)Anne/Baba 5)Eş ve çocuklar 6)Diğer: Belirtiniz:...

9) Haftada kaç kez, en az 30 dakika olacak şekilde egzersiz yapıyorsunuz?

1)Hiç egzersiz yapmıyorum.
2)Haftada 1-3 gün egzersiz yapıyorum.
3) Haftada 4 gün ve üzeri egzersiz yapıyorum.

10)Sigara içiyor musunuz?

1)Hiç içmedim 2)Evet 3)Bıraktım

11) Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

12) Başvurduğunuz poliklinik?.....

HİPERTANSİYON ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Hipertansiyonlu kişiler için ortak öneriler aşağıda listelenmiştir. Bu önerilerin sizin için ne kadar uygun olduğunu işaretleyiniz.	HİÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	UYGUN	ÇOK UYGUN
1. Düzenli fiziksel aktivite yaparım. (örn. haftada 4-5 kez 30 dakika yürüyüş)				
2. Az işlenmiş gıdalar yerim.(örn. konserve veya dondurulmuş ürünler)				
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 (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) 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 yada 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. İlaçlarım bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım				
18. Kilomu kontrol altında tutarım				
19. Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmaya çalışırım				
20. Düzenli doktor kontrolüne giderim.				

Türkçe Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği Anket Soruları

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

Ek 4. Ölçek Kullanım İzni



nihan türkoğlu

To: You



HİPERTANSİYON ÖZ ETKİLİLİ...

16 KB

Start reply with:

Aldım, teşekkür ederim.

Teşekkür ederim.

Çok teşekkür ederim!

Merhabalar, belirttiğiniz ölçeği ve analiz yöntemini ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

Kimden: [tuğçe](#)

Gönderilme: 20 Eylül 2022 Salı 11:01

Kime:

Konu: ölçek kullanımı

Sayın hocam,

ben Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim dalından Asistan Dr Tuğçe Postacı uzmanlık tezimde Hipertansiyon Öz-Etkillilik Ölçeği Türkçe formunu atıf yaparak kullanmak üzere izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Windows için [Posta](#) ile gönderildi