

Özlem ÖZER

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS

2026



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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPERTANSİYON HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE KAN
BASINCI FARKINDALIĞI, İÇGÖRÜ DURUMU VE
AKILCI İLAÇ KULLANIMIN İNCELENMESİ**

Özlem ÖZER

Danışman: Doç. Dr. Safiye YANMIŞ KARACA

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2026
Her Hakkı Saklıdır.**

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPERTANSİYON HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE KAN
BASINCI FARKINDALIĞI, İÇGÖRÜ DURUMU VE AKILCI
İLAÇ KULLANIMIN İNCELENMESİ**

Özlem ÖZER

Danışman: Doç. Dr. Safiye YANMIŞ KARACA

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2026
Her Hakkı Saklıdır.**



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY

Bilimsel Etiğe Uygunluk

“Hipertansiyon hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı ve içęörü durumu ile akılcı ilaç kullanımının incelenmesi” isimli “Yüksek Lisans” tezım tarafımca intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiğı gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 01/07/2026

Özlem ÖZER

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HİPERTANSİYON HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE KAN BASINCI FARKINDALIĞI, İÇGÖRÜ DURUMU VE AKILCI İLAÇ KULLANIMIN İNCELENMESİ

Özlem ÖZER

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Safiye YANMIŞ KARACA

Amaç: Bu araştırmanın amacı, hipertansiyon hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde planlanan bu araştırmanın evrenini, bir hastanenin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hipertansiyon hastaları oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise dahil edilme kriterlerini karşılayan (18 yaş ve üzeri olan, en az 6 aydır hipertansiyon tanısı bulunan, sözel iletişim engeli olmayan, bilişsel problemi bulunmayan, tanılanmış psikiyatrik hastalığı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden) toplam 206 hipertansiyon hastası oluşturdu. Araştırma verileri Hasta Tanıtım Formu, Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFİÖ) ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Veriler IBM SPSS 27 paket programı kullanılarak tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmada hastaların KFİÖ puan ortalaması 6.49 ± 1.63 , AİKÖ puan ortalaması ise 64.54 ± 8.93 olarak belirlenmiştir. KFİÖ düzeyi; çalışma durumu, meslek, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanma, kullanılan hipertansiyon ilacı sayısı ve evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). AİKÖ puanlarının ise çalışan, eğitim düzeyi yüksek, hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanan, düzenli kan basıncı ölçümü yapan, doktor kontrolüne düzenli giden, hastalığa ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alan bireylerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). KFİÖ ile AİKÖ arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu ve KFİÖ'nün AİKÖ'deki değişimin %4.2'sini açıkladığı belirlenmiştir.

Sonuç: Bu araştırmada hipertansiyon hastalarının kan basıncı farkındalığı-içgörü ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu; ancak kan basıncı farkındalığı-içgörü düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda, hipertansiyon hastalarında kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyini doğru ilaç kullanımı davranışıyla ilişkilendiren eğitim ve danışmanlık girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

2026, 146 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, İçgörü Durumu, Hemşirelik, Hipertansiyon, Kan Basıncı Farkındalığı.

ABSTRACT

MSc Thesis

INVESTIGATION OF BLOOD PRESSURE AWARENESS, INSIGHT STATUS, AND RATIONAL DRUG USE IN INDIVIDUALS WITH HYPERTENSION

Özlem ÖZER

Erzincan Binali Yıldırım University
Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing, Fundamentals of Nursing Master's Program with Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Safiye YANMIŞ KARACA

Aim: This study aimed to investigate the effects of blood pressure awareness and insight levels on rational drug use in individuals with hypertension.

Material and Method: The population of this descriptive, cross-sectional, and correlational study consisted of patients with hypertension who were receiving inpatient treatment in the internal medicine and surgical clinics of Hospital. The sample of the study comprised 206 patients with hypertension who met the inclusion criteria: being 18 years of age or older, having been diagnosed with hypertension for at least six months, having no verbal communication impairment, having no cognitive impairment, having no diagnosed psychiatric disorder, and agreeing to participate in the study. Data were collected through face-to-face interviews using the Patient Information Form, the Blood Pressure Awareness and Insight Scale (BASIS), and the Rational Drug Use Scale (RDUS). The data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods with the IBM SPSS Statistics 27 software package.

Results: The mean score of the patients on the BASIS was 6.49 ± 1.63 , while the mean score on the RDUS was 64.54 ± 8.93 . BASIS levels differed significantly according to employment status, occupation, presence of comorbidities, regular use of antihypertensive medications, number of antihypertensive medications used, and frequency of home blood pressure measurement ($p < 0.05$). RDUS scores were significantly higher among participants who were employed, had a higher level of education, used their antihypertensive medications regularly, measured their blood pressure regularly, attended regular physician follow-ups, and had received education regarding hypertension and medication treatment ($p < 0.05$). A statistically significant negative association was observed between BASIS and RDUS, with BASIS accounting for 4.2% of the variance in RDUS.

Conclusion: The findings of this study indicated that patients with hypertension had above-moderate levels of blood pressure awareness-insight and rational drug use. However, rational drug use was found to decrease as blood pressure awareness-insight increased. Accordingly, educational and counseling interventions that improve blood pressure awareness and insight should be developed to promote appropriate medication use among patients with hypertension.

2026, 146 Pages

Keywords: Blood Pressure Awareness, Insight Duration, Hypertension, Nursing, Rational Drug Use.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi, deneyim ve akademik birikimiyle bana yol gösteren, bilimsel bakış açısıyla çalışmama önemli katkılar sağlayan değerli danışman hocam Doç. Dr. Safiye YANMIŞ KARACA'ya,

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında desteğini, sabrını ve anlayışını hissettiğim, yoğun ve zorlu süreçlerde daima yanımda olan sevgili eşim Uğur Can ÖZER'e,

Araştırma verilerinin toplanması sürecindeki katkıları, destekleri ve içten dostlukları için sevgili arkadaşlarım Hemşire Merve Hale BOZKURT ve Hemşire Rumeysa UÇAK'a; yüksek lisans sürecini birlikte yürüttüğümüz, akademik yolculuğum boyunca desteğini ve arkadaşlığını her zaman hissettiğim sevgili İrem Asena GÜNGÖR'e,

Babamın hastalık sürecinde bana destek olarak yanımda olan, tez sürecimi sürdürebilmem için fedakârlık gösteren kıymetli halalarım; destekleri ve emekleriyle her zaman yanımda olan Esmâ GÜL ve Deniz GÜL'e,

Yaşamım boyunca sevgi, emek ve fedakârlıklarıyla beni bugünlere ulaştıran, her koşulda yanımda olarak bana güç veren kıymetli anneme, babama, ablama ve kardeşime; desteklerini ve iyi dileklerini her zaman hissettiğim değerli Özer ailesine,

Ayrıca eğitim ve meslek hayatım boyunca bilgi ve deneyimleriyle gelişimime katkı sağlayan tüm hocalarıma, birlikte çalışma fırsatı bulduğum meslektaşlarıma ve araştırmaya katılarak çalışmama katkı sunan tüm bireylere teşekkür ederim.

Son olarak; tüm zorluklara rağmen emek veren, sabır gösteren, vazgeçmeyen ve bu süreci kararlılıkla tamamlayan kendime, bu tez çalışmasını ithaf ediyorum.

Özlem ÖZER
Temmuz, 2026

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Tez Kabul ve Onay	i
Bilimsel Etiğe Uygunluk.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	6
2.2. Hipertansiyon Sınıflandırılması.....	6
2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	7
2.4. Hipertansiyon Etiyolojisi ve Patofizyolojisi	9
2.5. Hipertansiyonun Belirti ve Bulguları.....	11
2.6. Kan Basıncı Ölçüm Yöntemleri.....	13
2.6.1. Standart (Ofis) Kan Basıncı Ölçümü	13
2.6.2. Otomatik Ofis Kan Basıncı Ölçümü (AOBP).....	14
2.6.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü (EKBÖ)	14
2.6.4. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü (AKBÖ).....	15
2.7. Hipertansiyona Bağlı Gelişen Komplikasyonlar	15
2.7.1. Kardiyovasküler Komplikasyonlar	16
2.7.2. Serebrovasküler ve Nörolojik Komplikasyonlar	16
2.7.3. Renal Komplikasyonlar	17
2.7.4. Solunum Sistemi ile İlişkili Komplikasyonlar.....	18
2.7.5. Vasküler ve Endotel Kaynaklı Komplikasyonlar	18
2.7.6. İmmün, İnflamatuvar ve Sistemik Etkiler.....	19
2.8. Hipertansiyon Tedavi Yöntemleri	20

2.8.1. Farmakolojik Yöntemler	20
2.8.2. Güncel ve Yeni Farmakolojik Yaklaşımlar	21
2.8.3. Non- Farmakolojik Yöntemler.....	22
2.9. Hipertansiyonun Yönetiminde Hemşirenin Rolü	24
2.9.1. Birey Merkezli Bakım, Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Öz-Yönetim Kapasitesinin Geliştirilmesi	24
2.9.2. Klinik Etkiler, İlaç Uyumu ve Uzun Dönem Sağlık Çıktıları.....	25
2.9.3. Dijital Sağlık, Tele-Hemşirelik ve Uzaktan İzlem Yaklaşımları.....	26
2.9.4. Multidisipliner İş Birliği, Sürdürülebilirlik Sorunları ve Gelecek Yönelimleri	28
2.10. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü	28
2.10.1. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörüyü Etkileyen Faktörler	30
2.10.2. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörünün Hipertansiyon Yönetimindeki Rolü.....	32
2.10.3. Hipertansiyon Hastalarında Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörüyü Yönelik Hemşirenin Rolü.....	34
2.11. Akılcı İlaç Kullanımı	36
2.11.1. Akılcı İlaç kullanımı Tanımı.....	36
2.11.2. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri	37
2.11.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sağlık Sistemine Etkileri	38
2.11.4. Akılcı İlaç Kullanımının Hipertansiyon Kontrolü ve Tedavi Sürecindeki Rolü.....	39
2.11.5. Hipertaniyon Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Hemşirenin Rolü.....	40
2.12. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü İle Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki	42
3. MATERYAL ve METOT	45
3.1. Araştırmanın Türü.....	45
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	45
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	46
3.4.1. Bağımsız Değişkenler	46
3.4.2. Bağımlı Değişkenler	46

3.5. Veri Toplama Araçları	46
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	46
3.5.2. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFİÖ)	46
3.5.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği.....	47
3.6. Verilerin Toplanması	47
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	48
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	49
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA.....	69
5.1. Hipertansiyonlu Bireylerin Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	69
5.2. Hipertansiyonlu Bireylerin Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Akılcı İlaç Kullanımı Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	82
5.3. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	92
5.4. Çalışmanın Literatüre ve Klinik Uygulamaya Katkıları.....	99
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	103
6.1. Sonuçlar	103
6.2. Öneriler	105
KAYNAKLAR	107
EKLER	124
Ek-1. Veri Toplama Araçları	125
Ek-2. Etik Kurul İzni	129
Ek-3. Kurum İzni.....	134
Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	132
Ek-5. Ölçek İzinleri.....	133
ÖZGEÇMİŞ	134

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Antihipertansif İlaç Grupları ve Etki Mekanizmaları	22
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	48
Tablo 4.1. Hastaların Tatınıtıcı Özellikleri.....	50
Tablo 4.2. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı	51
Tablo 4.3. Değişken Özelliklere Göre Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.4. Değişken Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.5. Çeşitli Değişkenler ile Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	64
Tablo 4.6. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	67
Tablo 4.7. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek Toplam Puanının, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek Toplam Puanına Etkisini Gösterir Regresyon Analizi	68

SİMGELER ve KISALTMALAR

Simgeler

%	Yüzde
±	Standart Sapma
dL	Desilitre
F	Tek Yönlü Varyans Analizi
gr	Gram
mg	miligram
kg	Kilogram
mmHg	Milimetre Cıva
n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon Katsayısı
R ²	Belirleme Katsayısı
SS	Standart Sapma
T	Bağımsız Gruplar t-Testi
$\bar{X}$	Ortalama

Kısaltmalar

ACC	American College of Cardiology
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AHA	American Heart Association
AKBÖ	Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
AOBP	Otomatik Ofis Kan Basıncı Ölçümü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKBÖ	Evde Kan Basıncı Ölçümü
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
FIRST	First International Study on Self Blood Pressure Monitoring

HbA1c	Glikohemoglobin
HT	Hipertansiyon
KB	Kan Basıncı
KFİÖ	Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
LSD	Least Significant Difference
Max	Maksimum
Min	Minimum
Ort	Ortalama
RAAS	Renin-Anjiotensin-Aldosteron Sistemi
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği
VIF	Variance Inflation Factor (Varyans Şişirme Faktörü)
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Hipertansiyon, günümüzde küresel ölçekte en yaygın görülen kronik hastalıklardan biridir. Kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin en önemli değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Arteriyel kan basıncının fizyolojik sınırların üzerinde sürekli seyretmesiyle karakterize olan bu durum, çoğu zaman asemptomatik ilerlemesi nedeniyle “sessiz katil” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization (WHO), 2023; Jones ve ark., 2025). Hipertansiyonun uzun süre belirti vermeden ilerleyebilmesi; bireylerin hastalık farkındalığını azaltmakta, tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere neden olmakta ve komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon yalnızca bireysel sağlık sonuçlarını etkileyen klinik bir tablo değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit eden toplum sağlığı üzerinde ciddi etkiler oluşturan öncelikli kronik sağlık problemleri arasında gösterilmektedir (Özin ve ark., 2025).

Güncel kılavuzlarda hipertansiyon tanımı ve sınıflandırmasına ilişkin farklı eşik değerler yer almaktadır. Amerikan Kalp Derneği/Amerikan Kardiyoloji Koleji (AHA/ACC) tarafından yayımlanan güncel kılavuzda sistolik kan basıncının ≥ 130 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 80 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanırken, Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) rehberlerinde $\geq 140/90$ mmHg eşik değeri esas alınmaktadır (Jones ve ark., 2025; Williams ve ark., 2018; World Health Organization, 2025a). Türkiye’de hipertansiyon yönetimine yönelik klinik yaklaşımlar büyük ölçüde Avrupa kılavuz önerileri doğrultusunda şekillenmektedir ve hipertansiyon tanısı $\geq 140/90$ mmHg sınır değeri üzerinden değerlendirilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), 2022). Hipertansiyonun epidemiyolojik boyutu incelendiğinde, hastalığın dünya genelinde giderek artan bir yük oluşturduğu görülmektedir. DSÖ tarafından yayımlanan güncel epidemiyolojik raporlarda dünya çapında 30–79 yaş aralığında yaklaşık 1.4 milyar birey hipertansiyon ile yaşamakta olup bu sayı ilgili yaş grubunun yaklaşık %33’üne karşılık gelmektedir (World Health Organization, 2020a).

Hipertansiyon prevalansındaki artış; nüfus yaşlanması, obezite prevalansındaki yükselme, fiziksel hareketsizlik, yüksek sodyum tüketimi, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve yaşam süresindeki uzama ile ilişkilendirilmektedir (Harrison ve ark., 2021; Delacroix ve ark., 2014). Bununla birlikte küresel ölçekte hipertansif bireylerin yalnızca yaklaşık %23'ünde kan basıncı kontrolünün sağlanabilmesi, hipertansiyon yönetiminde önemli sorunların devam ettiğini göstermektedir (World Health Organization, 2025a). Türkiye verileri de küresel tabloyla paralellik göstermektedir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin gerçekleştirdiği PatenT2 araştırmasında, erişkin popülasyonda hipertansiyon görülme sıklığının yaklaşık %30.3 olduğu rapor edilmiştir (Altun ve ark., 2012). Güncel epidemiyolojik değerlendirmelerde ise Türkiye'de yaklaşık 15 milyon hipertansiyon hastasının bulunduğu ve erişkin nüfusun yaklaşık üçte birinin hipertansif olduğu belirtilmektedir (Özin ve ark., 2025). Kadınlarda hipertansiyon prevalansının erkeklere göre daha yüksek olduğu; kadınlarda yaklaşık %35, erkeklerde ise %31 oranında görüldüğü ifade edilmektedir (World Health Organization, 2025a). Bununla birlikte hipertansiyon tanısı bulunmayan ya da hastalığının farkındalığı gelişmemiş birey oranının halen yüksek olduğu, tanı alan bireylerin ise tamamının etkin tedavi sürecine dahil olamadığı bildirilmektedir. DSÖ verilerine göre, Türkiye'de hipertansiyon hastalarının yalnızca yaklaşık %35'inde hedef kan basıncı kontrolü sağlanabilmektedir (World Health Organization, 2025a).

Hipertansiyonun kontrol altına alınamaması; koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler olaylar, kalp yetersizliği, periferik arter hastalığı ve kronik böbrek hastalığı gibi ciddi komplikasyonların gelişimine zemin hazırlamaktadır (Jones ve ark., 2025; Harrison ve ark., 2021). Yüksek sistolik kan basıncının dünya genelindeki kardiyovasküler mortalitenin en önemli belirleyicilerinden biri olduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporlarında hipertansiyona bağlı komplikasyonların her yıl milyonlarca ölüme neden olduğu ve özellikle düşük-orta gelirli ülkelerde mortalite yükünün daha belirgin olduğu vurgulanmaktadır (World Health Organization, 2025b). Türkiye'de de kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümlerin önemli bir bölümünün yüksek kan basıncı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ünal ve Ergör, 2013).

Hipertansiyonun gelişim mekanizması oldukça kompleks olup; renal, vasküler, hormonal ve nörolojik mekanizmaların etkileşimi sonucunda ortaya çıkan multifaktöriyel bir süreç

olarak değerlendirilmektedir (Delacroix ve ark., 2014). Renin-anjiotensin-aldosteron sistemi aktivasyonu, endotelial disfonksiyon, damar sertliğinde artış, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve sodyum retansiyonu hipertansiyonun temel patofizyolojik mekanizmaları arasında yer almaktadır (Harrison ve ark., 2021). Bunun yanında obezite, diyabet, fiziksel hareketsizlik, aşırı tuz tüketimi, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve kronik stres gibi yaşam tarzı faktörleri hipertansiyon gelişimini hızlandırmaktadır (World Health Organization, 2025b; Centers for Disease Control and Prevention, 2026). Özellikle modern yaşam biçimiyle birlikte sedanter yaşamın yaygınlaşması ve işlenmiş gıda tüketiminin artması, hipertansiyon prevalansındaki yükselişi destekleyen önemli çevresel faktörler arasında değerlendirilmektedir.

Hipertansiyon yönetiminde temel hedef; arteriyel kan basıncının hedef düzeylerde tutulması, hedef organ hasarının engellenmesi ve kardiyovasküler komplikasyon gelişme olasılığının azaltılmasıdır. Bu süreçte antihipertansif tedavi ile birlikte yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülmesi önerilmektedir (Williams ve ark., 2018; Jones ve ark., 2025). Tuz kısıtlaması, kilo kontrolü, fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi hipertansiyon yönetiminin temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Oğuz ve ark., 2019). Bununla birlikte hipertansiyonun yaşam boyu tedavi gerektiren kronik yapısı, bireylerin tedaviye uyum süreçlerini zorlaştırabilmektedir. Literatürde antihipertansif tedaviye uyumsuzluğun oldukça yaygın olduğu; bireylerin ilaçlarını düzensiz kullandığı, ilaç saatlerini karıştırdığı, semptom hissetmediğinde tedaviyi bıraktığı veya ilaç kullanımını kendi kararları doğrultusunda değiştirdiği bildirilmektedir (Tör ve Tosun, 2020; Deniz Akan ve ark., 2020). Bu noktada akılcı ilaç kullanımı kavramı hipertansiyon yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre akılcı ilaç kullanımı; bireyin klinik gereksinimlerine uygun ilaca, doğru doz ve uygun tedavi süresi ile ekonomik koşullar göz önünde bulundurularak ulaşabilmesini ifade etmektedir. Akılcı ilaç kullanımı yalnızca doğru ilacın reçetelenmesini değil; tedavinin düzenli sürdürülmesini, ilaç güvenliliğinin korunmasını, tedavi etkinliğinin izlenmesini ve bireyin sürece aktif katılımını da kapsamaktadır (Religioni ve Pakulska, 2020). Hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda irrasyonel ilaç kullanımı; kontrolsüz kan basıncı, hedef organ hasarı, kardiyovasküler komplikasyonlar, ilaç etkileşimleri, toksisite ve sağlık harcamalarında artış ile ilişkilendirilmektedir (Preeti ve ark., 2024; Barış ve Hacer, 2025). Özellikle polifarmasi varlığında bireylerin ilaç

yönetiminde güçlük yaşadığı ve tedaviye uyumsuzluk riskinin arttığı bildirilmektedir (Büyükbayram Genç ve Çitlik Sarıtaş, 2026).

Tedaviye uyumsuzluğun temel nedenlerinden biri de bireylerde yeterli hastalık farkındalığı ve içgörü gelişmemesidir. Kan basıncı farkındalığı; bireyin hedef kan basıncı değerlerini bilmesi, düzenli ölçüm yapması ve mevcut kan basıncı düzeyinin klinik önemini kavrayabilmesi olarak değerlendirilmektedir. Hastalık içgörüsü ise bireyin hipertansiyonun kronik doğasını, komplikasyon riskini ve tedavi gerekliliğini bilişsel düzeyde kabul etmesini ifade etmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde hastalığın çoğunlukla semptom temelli algılandığı; semptom hissedilmediğinde bireylerin kendilerini sağlıklı kabul ederek ilaç kullanımını bıraktıkları bildirilmektedir (Çakmak ve Çınar Pakyüz, 2021). Buna karşılık düzenli kan basıncı ölçümü yapan ve hastalık farkındalığı gelişmiş bireylerde antihipertansif tedaviye uyumun daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Spirk ve ark., 2018; Tör ve Tosun, 2020). Ayrıca bilinçli farkındalık düzeyi yüksek bireylerde öz-yönetim becerilerinin ve ilaç uyumunun daha güçlü olduğu bildirilmektedir (Şen Gökçeimam ve ark., 2022).

İleri yaş, ek kronik hastalık varlığı ve polifarmasi gibi durumlar hipertansiyon yönetimini daha karmaşık hale getirebilmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde komplikasyon farkındalığı artsa bile, ilaç yan etkisi korkusu, bilişsel yük, tedavi yorgunluğu ve öz-etkililik yetersizliği nedeniyle akılcı ilaç kullanım davranışının olumsuz etkilenebildiği bildirilmektedir (Morgado ve ark., 2010; Uysal ve Yıldırım, 2025). Bu durum, hipertansiyon yönetiminde yalnızca hastalık bilgisinin değil; bireyin psikososyal uyumu, öz-yönetim kapasitesi ve sağlık okuryazarlığının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (Park ve ark., 2011; Han ve ark., 2025).

Hipertansiyon yönetiminde hemşireler; hasta eğitimi, yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi, düzenli kan basıncı izlemi, ilaç danışmanlığı ve akılcı ilaç kullanım davranışının geliştirilmesi açısından önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Güncel kılavuzlarda ekip temelli bakım modellerinin hipertansiyon kontrolünü iyileştirdiği ve hemşire liderliğinde yürütülen girişimlerin tedaviye uyumu artırdığı belirtilmektedir (Jones ve ark., 2025; World Health Organization, 2020). Evde kan basıncı izlemi, tele-hemşirelik uygulamaları ve yapılandırılmış eğitim programlarının bireyin hastalık farkındalığını artırdığı, öz-yönetim becerilerini geliştirdiği ve tedaviye bağlılığı

güçlendirdiği bildirilmektedir (Spirk ve ark., 2018; Ayruk ve Gök Uğur, 2022). Ayrıca düzenli hemşire izleminin irrasyonel ilaç kullanım davranışlarını azaltarak hasta güvenliğini desteklediği belirtilmektedir (Barış ve Hacer, 2025).

Literatürde hipertansiyon, tedaviye uyum ve akılcı ilaç kullanımı ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte; kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsü ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin birlikte değerlendirildiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Özellikle bireyin hastalığı algılama biçimi, sağlık okuryazarlığı düzeyi, öz-etkililik kapasitesi ve öz-yönetim becerilerinin akılcı ilaç kullanım davranışı üzerindeki etkisinin belirlenmesi; hipertansiyon yönetiminde hasta merkezli hemşirelik bakım modellerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu doğrultuda planlanan bu araştırma; hipertansiyon hastalarında kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsünün akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, hipertansiyon yönetiminde bireylerin psikobilişsel gereksinimlerine yönelik farkındalık oluşturacağı ve hemşirelik bakım süreçlerine önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırma Soruları

Bu bilgiler doğrultusunda araştırmada, hipertansiyon hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilişkisini belirlemek amaçlanmış ve aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin demografik ve klinik özelliklerine göre kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
2. Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin ografik ve klinik özelliklerine göre akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
3. Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyleri nedir?
4. Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı düzeyleri nedir?
5. Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyleri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının fizyolojik sınırların üzerinde kalıcı olarak seyretmesiyle karakterize kronik bir durumdur. Tanı, uygun ölçüm teknikleri kullanılarak farklı zamanlarda elde edilen kan basıncı değerlerinin süreklilik göstermesine dayandırılmaktadır. 2025 yılında yayımlanan Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyoloji Koleji kılavuzunda, sistolik kan basıncı değerinin ≥ 130 mmHg veya diyastolik kan basıncı değerinin ≥ 80 mmHg olması hipertansiyon tanı kriteri olarak kabul edilmektedir (Jones ve ark., 2025). Buna karşılık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Avrupa Kardiyoloji Derneği rehberlerinde yer alan değerlendirme kriterlerinde hipertansiyon tanısı için eşik değerler daha yüksek tutulmakta olup, sistolik kan basıncı düzeyinin ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı düzeyinin ≥ 90 mmHg olması esas alınmaktadır (World Health Organization, 2025a; Williams ve ark., 2018). Türkiye’de yürütülen klinik uygulamalarda da Avrupa kılavuzlarıyla paralel bir yaklaşım esas alınmaktadır ve hipertansiyon tanısı aynı sınır değerler doğrultusunda değerlendirilmektedir (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). Süreğen yüksek kan basıncı; özellikle kardiyovasküler sistem başta olmak üzere çok sayıda organ üzerinde ciddi komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle öncelikli halk sağlığı problemleri arasında değerlendirilmektedir (World Health Organization, 2023).

2.2. Hipertansiyon Sınıflandırılması

Kan basıncının sınıflandırılması, hipertansiyon tanısının konulması ve buna bağlı kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi açısından klinik uygulamaların temel unsurlarından birini oluşturmaktadır (Grauman ve ark., 2021). Güncel kılavuzlarda, klinik ortamda gerçekleştirilen ölçümler esas alınarak kan basıncı değerleri belirli kategoriler altında ele alınmaktadır. Bu kategoriler klinik karar verme süreçlerinde yönlendirici olmaktadır (Jones ve ark., 2025).

Erişkin bireylerde kan basıncı düzeyleri; normal, artmış (elevated), evre 1 hipertansiyon ve evre 2 hipertansiyon olmak üzere dört ana grupta sınıflandırılmaktadır. Sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin farklı kategorilere karşılık gelmesi durumunda, klinik değerlendirmede daha yüksek risk düzeyini temsil eden kategori dikkate alınmaktadır. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'nun 2025 güncellemesine göre, poliklinik koşullarında yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncının 120 mmHg'nın altında ve diyastolik kan basıncının 80 mmHg'nın altında olması normal kabul edilmektedir. Sistolik kan basıncının 120–139 mmHg arasında ya da diyastolik kan basıncının 80–89 mmHg aralığında bulunması, kan basıncında yükselme eğilimini ifade eden “artmış kan basıncı” kategorisi içerisinde değerlendirilmektedir. Buna karşılık, sistolik değerlerin 140 mmHg ve üzerine çıkması veya diyastolik değerlerin 90 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon tanısı için yeterli kabul edilmektedir (Özin ve ark., 2025).

Kan basıncı kategorilerinin belirlenmesi yalnızca tanı sürecine katkı sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda hastalığın izlenmesi ve uygulanan tedaviye verilen yanıtın değerlendirilmesinde de önemli bir işlev görmektedir. Türkiye’de kullanılan klinik rehberler incelendiğinde, hipertansiyon tanısında genellikle $\geq 140/90$ mmHg eşik değerinin esas alındığı ve bu yaklaşımın Avrupa kılavuzları ile uyumlu olduğu görülmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, küresel ölçekte en yaygın kronik hastalıklardan biri olup, kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde başlıca değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Hipertansiyonun oluşturduğu yük; bireysel sağlık sonuçlarının yanı sıra toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği üzerinde de belirgin etkiler meydana getirmektedir (Özin ve ark., 2025; World Health Organization, 2025b). Küresel epidemiyolojik veriler, hipertansiyonun yaygınlığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2025 yılı verilerine göre, 30–79 yaş aralığında yaklaşık 1,4 milyar birey hipertansiyon ile yaşamakta olup, bu sayı ilgili yaş grubunun yaklaşık %33’üne karşılık gelmektedir (World Health Organization, 2025a). Bu durum, hipertansiyonun dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye verileri de bu küresel tablo ile uyum göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre Türkiye’de 30–79 yaş grubunda hipertansiyon prevalansı yaklaşık %33 düzeyindedir ve bu oran küresel ortalamaya oldukça yakındır (World Health Organization, 2025a). Cinsiyet dağılımı incelendiğinde prevalansın erkeklerde %31, kadınlarda %35 olduğu görülmektedir (World Health Organization, 2025a). Ulusal veriler de benzer şekilde kadınlarda yaklaşık %32, erkeklerde %34 oranlarını bildirmektedir (Özin ve ark., 2025). Bu bulgular, Türkiye’de yaklaşık her üç yetişkinden birinin hipertansiyon hastası olduğunu göstermektedir.

Hipertansiyonun önemi yalnızca yüksek prevalansı ile sınırlı değildir; aynı zamanda hastalık yönetimindeki yetersizlikler de dikkat çekmektedir. Türkiye’de 30–79 yaş grubunda yaklaşık 15 milyon hipertansiyon hastası bulunduğu tahmin edilmekte olup, bu bireylerin %64’ünün (yaklaşık 9,6 milyon) hastalığının farkında olduğu bildirilmektedir (World Health Organization, 2025a). Tanı alan bireylerin %61’i (yaklaşık 9,1 milyon) tedavi almakta, ancak yalnızca %35’inde (yaklaşık 5,3 milyon) kan basıncı kontrol altına alınabilmektedir (World Health Organization, 2025b). Küresel düzeyde de benzer bir tablo söz konusu olup, hipertansiyon hastalarının yaklaşık %44’ünün tanı almadığı ve yalnızca %23’ünde kan basıncı kontrolünün sağlanabildiği bildirilmektedir (World Health Organization, 2025b). Türkiye’nin de kontrol oranlarının düşük olduğu ülkeler arasında yer aldığı ve bazı durumlarda bu oranın %20’nin altına indiği belirtilmektedir (World Health Organization, 2025a). Bu durum, hipertansiyon yönetiminde “bakım zinciri” boyunca önemli kayıplar yaşandığını göstermektedir.

Hipertansiyonun görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta olup, ileri yaş gruplarında prevalans belirgin şekilde yükselmektedir (Özin ve ark., 2025; World Health Organization, 2023). Bunun yanında obezite, yüksek tuz tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve stres gibi yaşam tarzı faktörleri hastalığın yaygınlığını artıran başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2026). Türkiye’de ortalama günlük tuz tüketiminin yaklaşık 5 gram olduğu, obezite prevalansının erkeklerde %26, kadınlarda %42 düzeyinde bulunduğu ve fiziksel hareketsizliğin özellikle kadınlarda daha yüksek olduğu (%53) bildirilmektedir (World Health Organization, 2025a).

Hipertansiyon, inme, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı ve kronik böbrek hastalığı gibi ciddi komplikasyonlarla ilişkili olup, morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Türkiye’de toplam ölümlerin yaklaşık 664.900 olduğu, bunun 193.300’ünün kardiyovasküler nedenlere bağlı gerçekleştiği ve bu ölümlerin %54’ünün yüksek sistolik kan basıncı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (World Health Organization, 2025a). Bu veriler, hipertansiyonun erken ölümler üzerindeki belirleyici rolünü açıkça ortaya koymaktadır. Hipertansiyon yönetiminde karşılaşılan sorunlar, sağlık sistemine ilişkin çeşitli faktörlerle bağlantılıdır. Tanı oranlarının yetersizliği, tedaviye erişimdeki eşitsizlikler ve hasta takibindeki süreklilik eksikliği, kontrol oranlarını olumsuz yönde etkilemektedir (World Health Organization, 2025b). Türkiye’de hipertansiyon yönetimine yönelik ulusal hedefler ve tuz azaltım politikaları bulunmasına rağmen, mevcut kontrol oranlarının düşük olması bu stratejilerin etkinliğinin artırılması gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, hipertansiyon hem küresel hem de Türkiye özelinde yüksek prevalansa sahip, ancak kontrol oranları yetersiz kalan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle, erken tanı programlarının yaygınlaştırılması, yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, hastalığın yükünü azaltmada temel yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır.

2.4. Hipertansiyon Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Hipertansiyonun patofizyolojisi, arteriyel kan basıncının düzenlenmesinde görev alan çok sayıda fizyolojik sistemin karşılıklı etkileşimi sonucunda gelişen, tek bir nedene indirgenemeyen karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Bu durum, ilk olarak Irvine Page tarafından tanımlanan “mozaik teori” ile açıklanmış olup, renal, vasküler, nörolojik ve hormonal mekanizmaların bütüncül katkısıyla kan basıncı regülasyonunun bozulduğunu ortaya koymaktadır (Harrison ve ark., 2021). Bu patofizyolojik sürecin temel belirleyicileri arasında kardiyak debi ve periferik vasküler direnç yer almakta olup, bu iki parametre arasındaki dengenin bozulması kan basıncında kalıcı artışa yol açmaktadır (Delacroix ve ark., 2014). Bu bağlamda, sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artış, hipertansiyon gelişiminde kritik rol oynayan mekanizmalardan biridir. Artmış sempatik uyarı; kalp hızında ve miyokard kontraktilitesinde artışa, periferik damar direncinde yükselmeye ve renal düzeyde sıvı retansiyonuna neden olarak arteriyel basıncı artırmaktadır. Aynı zamanda hipertansif bireylerde gözlenen norepinefrin düzeylerindeki

artış, bu hiperaktivitenin önemli bir biyokimyasal göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Delacroix ve ark., 2014). Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS), hipertansiyon patogenezinde merkezi bir düzenleyici mekanizma olarak öne çıkmaktadır. Bu sistemin aktivasyonu ile oluşan anjiyotensin II, güçlü vazokonstriktör etkisiyle damar direncini artırmakta; aynı zamanda aldosteron sekresyonunu uyarak sodyum ve su tutulmasına neden olmaktadır. Bu mekanizmalar intravasküler volüm artışına neden olarak arteriyel kan basıncı düzeylerinde yükselmeye yol açmaktadır. (Harrison ve ark., 2021; Delacroix ve ark., 2014). Vasküler düzeyde meydana gelen değişiklikler de hipertansiyonun gelişiminde ve sürekliliğinde belirleyici rol oynamaktadır. Endotel fonksiyon bozukluğu, nitrik oksit biyoyararlanımındaki azalma ve vazokonstriktör etkilerin baskın hale gelmesi, periferik damar direncinin artmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra arteriyel sertlikte artış ve damar duvarında gelişen yapısal yeniden şekillenme süreçleri, kan basıncının kronik olarak yüksek seyretmesine yol açmaktadır. (Harrison ve ark., 2021; Delacroix ve ark., 2014) .

Böbrekler, uzun dönem kan basıncı kontrolünde merkezi rol oynayan organlar arasında yer almakta olup, özellikle sodyum ve sıvı dengesinin düzenlenmesi yoluyla arteriyel basıncın belirlenmesinde etkili olmaktadır. Renal fonksiyonlarda meydana gelen bozulmalar, sodyum atılımında azalma ve ekstraselüler sıvı hacminde artış ile sonuçlanarak hipertansiyonun patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca renal sempatik aktivitenin artışı, hem RAAS sistemini aktive etmekte hem de bu sürecin sürekliliğini desteklemektedir (Harrison ve ark., 2021; Delacroix ve ark., 2014).

Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler de hipertansiyon patofizyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle büyük arterlerde elastikiyetin azalması ve damar sertliğinin artması, sistolik kan basıncında belirgin yükselmeye neden olmaktadır. Bu durum, hipertansiyonun ileri yaş gruplarında daha sık görülmesini açıklayan temel mekanizmalardan biridir (Chen ve ark., 2025). Otonom sinir sistemi dengesindeki bozulmalar da bu sürecin oluşumunda etkili olmaktadır. Sempatik aktivitenin artması ve parasempatik etkinliğin azalması, damar tonusunun yükselmesine neden olarak arteriyel basıncın artmasına yol açmaktadır (Chen ve ark., 2025). Bu nörojenik mekanizmalar, hipertansiyonun oluşumunda etkili temel mekanizmalardan biri olarak kabul edilmektedir. Yaşa bağlı olarak renal fonksiyonlarda meydana gelen gerileme, glomerüler

filtrasyon hızının azalması ve sodyum atılımındaki bozulmalar, sıvı-elektrolit dengesinin korunmasını güçleştirmekte ve kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır (Chen ve ark., 2025). Özellikle sodyuma duyarlı hipertansiyonun ileri yaş gruplarında daha belirgin olması, bu mekanizmaların önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte oksidatif stres ve inflamasyon da hipertansiyon patogeneğinde giderek daha fazla önem kazanan faktörler arasında yer almaktadır. Reaktif oksijen türlerinin artışı, nitrik oksit biyoyararlanımını azaltarak endotelial fonksiyon bozukluğuna neden olmakta; inflamatuvar süreçler ise hem damar yapısında hem de böbrek fonksiyonlarında değişikliklere yol açarak hipertansiyonun devamlılığını desteklemektedir (Harrison ve ark., 2021). Ayrıca genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve yaşam tarzına ilişkin özellikler de hipertansiyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Özellikle yüksek tuz tüketimi ve tuz duyarlılık, kan basıncı regülasyonunda belirleyici faktörler arasında yer almakta; son yıllarda bağırsak mikrobiyotasının da bu süreçte etkili olabileceğine yönelik bulgular artmaktadır (Harrison ve ark., 2021).

Hipertansiyon; kardiyovasküler sistem, böbrekler, sinir sistemi ve hormonal mekanizmalar arasındaki karmaşık etkileşimlerin bir sonucu olarak gelişen multifaktöriyel bir hastalıktır. Bu çok boyutlu patofizyolojik yapı, hipertansiyonun anlaşılması ve etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesi açısından bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır (Harrison ve ark., 2021; Chen ve ark., 2025; Delacroix ve ark., 2014).

2.5. Hipertansiyonun Belirti ve Bulguları

Hipertansiyon, çoğu bireyde uzun süre belirgin klinik yakınma oluşturmada ilerleyebilen ve bu nedenle sıklıkla “sessiz” seyir gösteren bir klinik durumdur. Semptomların çoğu zaman ortaya çıkmaması, tanının büyük ölçüde kan basıncı ölçümlerine dayanmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, kan basıncının belirgin düzeyde yükseldiği veya hedef organların etkilenmeye başladığı durumlarda çeşitli klinik bulgular gözlenebilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022; Jabeen ve ark., 2018). Klinik olarak belirti veren olgularda en sık karşılaşılan bulguların başında baş ağrısı gelmektedir. Bu semptom genellikle oksipital bölgede hissedilmekte ve sabah saatlerinde daha belirgin olabilmektedir. Baş ağrısına sıklıkla baş dönmesi, denge bozukluğu ve görme ile ilişkili problemler eşlik edebilmektedir. Bunun yanı sıra

yorgunluk ve bilişsel performansta azalma gibi sistemik belirtiler de tabloya dahil olabilmekte ve bu bulguların hastalık süresi uzadıkça daha belirgin hale geldiği bildirilmektedir (Adnan ve ark., 2018; Zehra ve ark., 2019).

Kardiyovasküler sistemin etkilenmesi durumunda göğüs ağrısı, çarpıntı ve fiziksel aktivite kapasitesinde azalma gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Bu bulguların, artmış kan basıncının kalp üzerindeki yükü artırmasıyla ilişkili olduğu ve özellikle kontrolsüz hipertansiyon varlığında daha sık görüldüğü ifade edilmektedir (Zehra ve ark., 2019). Uzun dönemde bu etkilenimin ilerlemesiyle kalp yetersizliğine ait bulguların tabloya eklenebileceği bilinmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

Hipertansiyonun klinik yansımaları yalnızca kardiyovasküler sistemle sınırlı olmayıp solunum sistemi bulgularını da içerebilmektedir. Dispne ve uyku apnesi gibi durumlar, özellikle ileri yaş ve uzun süreli hipertansiyon varlığında daha belirgin hale gelmektedir. Bu bulguların, artmış kardiyovasküler yük ve dolaşım dinamiklerindeki değişimlerle ilişkili olduğu değerlendirilmektedir (Adnan ve ark., 2018; Zehra ve ark., 2019). Renal ve sıvı dengesi ile ilişkili bulgular arasında periferik ödem ve idrar alışkanlıklarında değişiklikler dikkat çekmektedir. Bu semptomlar, hipertansiyonun böbrek fonksiyonları ve sıvı homeostazı üzerindeki etkilerini yansıtmakta olup, özellikle kronik seyirli olgularda daha belirgin hale gelmektedir (Jabeen ve ark., 2018; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). Görme ile ilişkili semptomlar da hipertansiyonun önemli klinik göstergeleri arasında yer almakta ve retinal dolaşımın etkilenmesine bağlı olarak gelişmektedir. Görme bulanıklığı, görme alanında daralma ve oküler rahatsızlık gibi bulguların özellikle ileri yaş gruplarında daha sık gözlemlendiği bildirilmektedir (Adnan ve ark., 2018).

Kan basıncının ileri düzeylere ulaştığı veya hipertansif kriz geliştiği durumlarda daha ağır klinik tablolar ortaya çıkabilmektedir. Şiddetli baş ağrısı, görme kaybı, bilinç değişiklikleri ve nörolojik defisitler bu durumlara eşlik edebilen önemli bulgular arasında yer almakta ve acil klinik müdahale gerektirebilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). Genel olarak değerlendirildiğinde, hipertansiyona bağlı klinik bulguların geniş bir yelpazede ve çoğunlukla özgül olmayan bir özellik göstermesi, hastalığın yalnızca semptomlara dayanarak tanınmasını güçleştirmektedir. Bununla

birlikte, kan basıncı düzeyinin artması ve hastalık süresinin uzamasıyla birlikte semptomların çeşitliliği ve şiddetinde belirgin artış gözlenmektedir (Adnan ve ark., 2018; Jabeen ve ark., 2018; Zehra ve ark., 2019). Bu nedenle, erken tanı açısından düzenli kan basıncı izlemi ve risk faktörlerinin bütüncül değerlendirilmesi klinik yaklaşımın temelini oluşturmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2.6. Kan Basıncı Ölçüm Yöntemleri

Kan basıncının doğru ve standardize edilmiş biçimde değerlendirilmesi, hipertansiyonun tanınması, kardiyovasküler riskin belirlenmesi ve tedavi sürecinin izlenmesi açısından klinik pratiğin temel bileşenlerinden biridir. Ölçüm sürecinde yöntemsel hataların bulunması, bireyin gerçek kan basıncı düzeyinin yanlış yorumlanmasına yol açabileceğinden, ölçüm tekniklerinin belirli kurallar çerçevesinde uygulanması gerekmektedir. Bu bağlamda hem hasta hazırlığı hem de cihaz seçimi ölçüm doğruluğunu doğrudan etkileyen unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Whelton ve ark., 2018; Jones ve ark., 2025). Güncel yaklaşımlar, kan basıncı değerlendirmesinin yalnızca klinik ortamda yapılan tekil ölçümlere dayandırılmasının yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle farklı zaman dilimlerinde elde edilen çoklu ölçümlerin ortalamasının kullanılması ve ev ile ambulator ölçüm yöntemlerinin değerlendirmeye dahil edilmesi önerilmektedir (Pickering ve ark., 2005; Özin ve ark., 2025). Ölçüm öncesinde bireyin en az birkaç dakika dinlendirilmesi, uygun oturma pozisyonunun sağlanması, kolun kalp hizasında desteklenmesi ve çevresel faktörlerin kontrol edilmesi gerekmektedir. Ayrıca konuşma, fiziksel aktivite ve emosyonel stres gibi faktörlerin ölçüm sonuçlarını etkileyebileceği bilinmektedir. Bunun yanında kullanılan cihazların validasyonunun yapılmış olması ve uygun manşon boyutunun seçilmesi, güvenilir sonuçlar elde edilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Stergiou ve ark., 2018a; Jones ve ark., 2025).

2.6.1. Standart (Ofis) Kan Basıncı Ölçümü

Ofis ortamında gerçekleştirilen kan basıncı ölçümleri, hipertansiyonun tanı ve takibinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri olmakla birlikte, ölçüm tekniğine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle ölçümlerin standardize edilmiş koşullar altında yapılması ve tek ölçüm yerine ardışık ölçümlerin ortalamasının değerlendirilmesi önerilmektedir (Pickering ve ark., 2008; Jones ve ark., 2025).

Güncel kılavuzlar, ölçümlerin mümkün olduğunca validasyonu yapılmış otomatik osilometrik cihazlarla gerçekleştirilmesini önermekte, gerekli durumlarda manuel aneroid cihazların da kullanılabileceğini belirtmektedir. İlk değerlendirmede her iki koldan ölçüm yapılması ve ölçümler arasında fark saptanması halinde tekrar değerlendirme yapılması gerekmektedir. İzlem sürecinde ise daha yüksek değerin elde edildiği kol referans alınmalıdır (Özin ve ark., 2025). Ölçüm öncesinde hastanın en az beş dakika dinlendirilmesi, kolun kalp seviyesinde desteklenmesi ve uygun manşon seçimi ölçüm doğruluğunu artırmaktadır. Aynı seansta birden fazla ölçüm yapılması ve bu değerlerin ortalamasının kullanılması, rastlantısal hataların etkisini azaltmaktadır. Aritmi varlığında otomatik cihazların doğruluğu azalabileceğinden, bu durumlarda klasik auskültatuvar yöntemlerin tercih edilmesi önerilmektedir (Özin ve ark., 2025).

2.6.2. Otomatik Ofis Kan Basıncı Ölçümü (AOBP)

Otomatik ofis kan basıncı ölçümü, ölçümlerin osilometrik cihazlar aracılığıyla ardışık şekilde otomatik olarak alındığı ve ortalama değer üzerinden değerlendirildiği bir yöntemdir. Bu yaklaşım, klinik ortamda ortaya çıkabilen geçici kan basıncı artışlarının etkisini azaltarak daha stabil sonuçlar elde edilmesine olanak sağlamaktadır (Myers ve ark., 2010; Jones ve ark., 2025). Bu yöntemin, geleneksel ölçümlere kıyasla daha düşük ve daha tutarlı değerler sağlayabildiği bildirilmektedir. Dolayısıyla hipertansiyon tanısında daha gerçekçi bir değerlendirme yapılmasına katkıda bulunduğu kabul edilmektedir (Myers ve ark., 2010).

2.6.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü (EKBÖ)

Ev ortamında yapılan kan basıncı ölçümleri, bireyin günlük yaşam koşullarındaki kan basıncı düzeyini yansıtması açısından önemli bir tamamlayıcı yöntemdir. Bu yöntem özellikle beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyonun ayırt edilmesinde klinik değer taşımaktadır (Stergiou ve ark., 2018b; Özin ve ark., 2025). Güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için ölçümlerin belirli bir protokole uygun şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda ölçümlerinden az beş günlük süreçte, sabah-akşam zaman dilimlerinde ve her değerlendirmede birden fazla ölçüm alınacak şekilde gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Ölçüm öncesinde dinlenme, sigara ve kafein tüketiminden kaçınma gibi hazırlık süreçleri de sonuçların doğruluğunu artırmaktadır

(Özin ve ark., 2025). Evde ölçüm, yalnızca tanı sürecinde değil, aynı zamanda tedaviye verilen yanıtın değerlendirilmesinde de önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca hasta katılımını artırarak tedaviye uyumun iyileştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (Uhlir ve ark., 2013).

2.6.4. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü (AKBÖ)

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, bireyin 24 saatlik süreçte günlük aktiviteleri ve uyku sırasında kan basıncı değişimlerinin sürekli olarak izlenmesini sağlayan ileri bir değerlendirme yöntemidir. Bu teknik, kan basıncındaki sirkadiyen değişikliklerin ayrıntılı biçimde analiz edilmesine olanak tanımaktadır (O'Brien ve ark., 2013; Özin ve ark., 2025). Bu yöntemin en önemli avantajlarından biri, gece kan basıncı paternlerinin ve gün içi dalgalanmaların ortaya konulabilmesidir. Özellikle non-dipper özellik, maskeli hipertansiyon ve dirençli hipertansiyon gibi durumların değerlendirilmesinde önemli klinik bilgiler sağlamaktadır (Parati ve ark., 2014). Ambulatuvar ölçümlerin, kardiyovasküler risk öngörüsünde ofis ölçümlerine kıyasla daha güçlü bir belirleyici olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle olanak bulunan tüm hastalarda bu yöntemin kullanılması önerilmektedir (O'Brien ve ark., 2013).

2.7. Hipertansiyona Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

Hipertansiyon, kardiyovasküler sistem başta olmak üzere böbrek ve metabolik yapıları etkileyen, çoklu organ sistemlerini ilgilendiren kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Süreğen yüksek arteriyel basınç, damar duvarında yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açarak hemodinamik dengenin bozulmasına ve hedef organ hasarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (World Health Organization, 2023). Kan basıncı düzeyinin yüksekliği kadar bu duruma maruz kalınan sürenin de klinik sonuçların belirlenmesinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir (Kearney ve ark., 2004; Zehra ve ark., 2019). Uzun süreli hipertansiyon varlığında vasküler hasarın kümülatif olarak artması, organ sistemlerinde ortaya çıkan bulguların sıklığını ve şiddetini artırmaktadır (Zehra ve ark., 2019). Bu durum, hipertansiyonun yalnızca bir risk faktörü değil, aynı zamanda doğrudan organ hasarı ile ilişkili bir klinik tablo olduğunu göstermektedir.

2.7.1. Kardiyovasküler Komplikasyonlar

Hipertansiyonun en belirgin etkileri kardiyovasküler sistem üzerinde ortaya çıkmakta olup, uzun süreli arteriyel basınç yüksekliği kalp ve damar yapılarında ilerleyici değişikliklere yol açmaktadır. Artmış hemodinamik yük, miyokardın iş yükünü artırarak sol ventrikül hipertrofisi ve kardiyak yeniden şekillenme ile sonuçlanmakta, bu süreç zamanla kalp yetersizliği gelişimine zemin hazırlamaktadır (Harrison ve ark., 2021). Sürengen basınç artışı aynı zamanda damar duvarında yapısal yeniden düzenlenmeye neden olarak periferik vasküler direncin kalıcı biçimde yükselmesine yol açmakta; damar düz kas hücrelerinde hipertrofi ve lümen daralması bu sürecin devamlılığını desteklemektedir (Harrison ve ark., 2021). Büyük arterlerde elastikiyetin azalması ve aort sertleşmesi, sistolik kan basıncında artışa katkıda bulunarak miyokardiyal oksijen ihtiyacını artırmakta ve kardiyovasküler olay riskini yükseltmektedir (Mitchell ve ark., 2010; Harrison ve ark., 2021). Bununla birlikte koroner arterlerde aterosklerotik süreçlerin hızlanması, miyokard enfarktüsü ve iskemik kalp hastalığı gelişme olasılığını artırmakta; elektriksel iletimdeki değişiklikler ise atriyal fibrilasyon gibi ritim bozukluklarının daha sık görülmesine neden olmaktadır (Jones ve ark., 2025; Kearney ve ark., 2004). Klinik açıdan değerlendirildiğinde, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi semptomların özellikle uzun süreli hipertansiyon varlığında daha sık ortaya çıkması, kalbin kronik hemodinamik yüklenmeye verdiği adaptif yanıtın klinik bir yansıması olarak görülmektedir (Zehra ve ark., 2019; Roger ve ark., 2012). Tüm bu bulgular birlikte ele alındığında, hipertansiyonun yalnızca bir risk faktörü değil, kardiyovasküler morbidite ve mortalite üzerinde doğrudan belirleyici rol oynayan sistemik bir hastalık olduğu anlaşılmaktadır (World Health Organization, 2023).

2.7.2. Serebrovasküler ve Nörolojik Komplikasyonlar

Hipertansiyon, serebral dolaşım üzerinde oluşturduğu etkiler nedeniyle nörolojik komplikasyonların oluşumunda belirleyici rol oynayan önemli bir klinik durumdur. Artmış arteriyel basınç, damar duvarında yapısal bozulmalara ve endotel fonksiyonlarında yetersizliğe yol açarak serebral perfüzyonun düzenlenmesini güçleştirmekte ve beyin dokusuna giden kan akımında dengesizliklere neden olmaktadır (Harrison ve ark., 2021). Bu süreçte özellikle mikrodamar düzeyinde ortaya çıkan hasar, serebral iskemi riskini artırarak nörolojik fonksiyon kaybına zemin hazırlamaktadır

(Harrison ve ark., 2021). Klinik açıdan değerlendirildiğinde, baş ağrısı, baş dönmesi ve bilişsel bulanıklık gibi semptomların uzun süreli hipertansiyon olgularında daha sık görülmesi, serebral dolaşımın olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir (Zehra ve ark., 2019). Hipertansiyonun serebrovasküler etkileri yalnızca semptomatik bulgularla sınırlı kalmamakta hem iskemik hem de hemorajik inme gelişiminde temel risk faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (World Health Organization, 2023). Damar duvarında meydana gelen dejeneratif değişiklikler ve mikrovasküler hasar, intrakraniyal kanama ve serebral iskemi gelişimini kolaylaştırırken, artan kan basıncı düzeyleri ile serebrovasküler olaylar arasında doğrusal bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Jones ve ark., 2025; O'Donnell ve ark., 2010). Bununla birlikte hipertansiyonun etkileri akut olaylarla sınırlı kalmayıp uzun dönemde bilişsel işlevlerde gerileme ve demans gelişimi ile de ilişkilendirilmektedir (World Health Organization, 2025a; GBD Risk Factors Collaborators, 2020). Ayrıca kan basıncı yüksekliğinin vasküler mortalite ile güçlü bir ilişki gösterdiği ve bu etkinin düşük düzeylerde dahi devam edebildiği bildirilmektedir. Kronik hipertansiyonun serebral mikrosirkülasyon üzerindeki etkileri, nörokognitif fonksiyonlarda hafif bozulmalardan demans gelişimine kadar uzanan geniş bir klinik spektrumun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Jones ve ark., 2025; Saxena ve ark., 2018). Bunun yanı sıra hipertansiyonun metabolik bozukluklar ve kronik böbrek hastalığı ile birlikte görülmesi, toplam hastalık yükünü ve mortalite riskini artırmaya sebep olan önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Jones ve ark., 2025). Bu bulgular birlikte ele alındığında, hipertansiyonun serebral yapı ve fonksiyonlar üzerinde hem akut hem de kronik etkiler oluşturarak geniş kapsamlı bir nörolojik komplikasyon spektrumuna yol açtığı anlaşılmaktadır.

2.7.3. Renal Komplikasyonlar

Hipertansiyon, böbrekler üzerinde belirgin etkiler oluşturarak renal fonksiyonların bozulmasına yol açan önemli bir sistemik hastalıktır. Böbrekler, kan basıncı düzenlenmesinde merkezi rol oynayan organlar olup, kronik basınç artışına karşı oldukça duyarlıdır ve bu nedenle hipertansiyonun erken hedef organlarından biri olarak kabul edilmektedir (Harrison ve ark., 2021). Süreğen arteriyel basınç yüksekliği, renal perfüzyon dengesini bozarak glomerüler yapıda hasar gelişimine neden olmakta ve bu durum glomerüler filtrasyon hızında azalma ile sonuçlanmaktadır (Harrison ve ark., 2021;

World Health Organization, 2025a). Yüksek intraglomerüler basınca bağılı olarak filtrasyon bariyerinde meydana gelen bozulmalar proteinüri gelişimini tetiklemekte, süreç ilerledikçe kronik böbrek hastalığına kadar uzanan yapısal ve fonksiyonel kayıplar ortaya çıkabilmektedir (Jones ve ark., 2025). Bu patofizyolojik değişikliklerin temelinde, böbreğin sodyum ve sıvı dengesini düzenleyen mekanizmalarında meydana gelen bozulmalar yer almakta olup, bu durum sıvı retansiyonunu artırarak kan basıncının daha da yükselmesine katkı sağlamaktadır (Harrison ve ark., 2021). Ayrıca renin-anjiyotensin sisteminin aşırı aktivasyonu, vazokonstriksiyonun artmasına ve renal dokuda fibrotik süreçlerin gelişmesine neden olarak böbrek hasarını derinleştirmektedir (Crowley ve ark., 2006; Harrison ve ark., 2021). Klinik açıdan değerlendirildiğinde, artmış idrar sıklığı gibi bulguların kan basıncı düzeyleri ile ilişkili olması, renal hemodinamik değişikliklerin klinik yansıması olarak kabul edilmekte ve özellikle uzun süreli hipertansiyon olgularında daha belirgin hale gelmektedir (Zehra ve ark., 2019; Messerli ve ark., 2007). Bu süreç yalnızca böbrek fonksiyonları ile sınırlı kalmayıp, renal hasarın varlığı kardiyovasküler riskte artış ile de yakından ilişkilendirilmektedir (Jones ve ark., 2025).

2.7.4. Solunum Sistemi ile İlişkili Komplikasyonlar

Hipertansiyon ile solunum sistemi arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğu bilinmektedir. Uyku apnesi ile kan basıncı yüksekliği arasındaki anlamlı ilişki, hipertansiyonun sistemik etkilerinin solunum fizyolojisini de kapsadığını göstermektedir. Bu ilişkinin hem kısa hem de uzun süreli hipertansiyon gruplarında gözlenmesi, sürecin kronik bir adaptasyon mekanizması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Zehra ve ark., 2019; Wolk ve ark., 2003).

2.7.5. Vasküler ve Endotel Kaynaklı Komplikasyonlar

Hipertansiyon sürecinde damar endoteli belirgin biçimde etkilenmekte ve bu durum vasküler tonusun düzenlenmesinde önemli bozulmalara yol açmaktadır. Endotel fonksiyonundaki yetersizlik, özellikle nitrik oksit üretimi ve biyoyararlanımındaki azalma ile ilişkilidir; bu durum vazodilatasyon kapasitesini sınırlandırarak vazokonstriktör mekanizmaların baskın hale gelmesine neden olmaktadır (Harrison ve ark., 2021). Artan oksidatif stres, bu süreci daha da derinleştirerek damar duvarında inflamatuvar yanıtın aktive olmasına ve yapısal değişikliklerin hızlanmasına katkı

sağlamaktadır (Harrison ve ark., 2021). Endotel düzeyinde başlayan bu bozulmalar, zamanla damar elastikiyetinde azalma ve duvar kalınlaşması ile sonuçlanmakta; bu durum periferik damar direncinin artmasına ve aterosklerotik süreçlerin hızlanmasına zemin hazırlamaktadır (Harrison ve ark., 2021). Bu yapısal ve fonksiyonel değişiklikler yalnızca mikrovasküler düzeyde kalmayıp büyük damarları da etkileyerek periferik arter hastalığı gelişimini kolaylaştırmakta ve özellikle alt ekstremitelerde doku perfüzyonunun azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca aort duvarında meydana gelen zayıflama ve genişleme, anevrizma ve diseksiyon gibi ciddi vasküler komplikasyonların ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Jones ve ark., 2025; Mitchell ve ark., 2010).

2.7.6. İmmün, İnflamatuvar ve Sistemik Etkiler

Hipertansiyon, yalnızca hemodinamik bir bozukluk olarak değil, aynı zamanda immün sistem aktivasyonu ve inflamatuvar süreçlerle yakından ilişkili çok boyutlu bir patolojik durum olarak değerlendirilmektedir (Harrison ve ark., 2021). Bu süreçte damar duvarı ve böbrek dokusunda biriken immün hücreler, proinflamatuvar sitokinlerin salınımını artırarak inflamatuvar yanıtın güçlenmesine neden olmakta ve vasküler ile renal hasarın derinleşmesine katkı sağlamaktadır (Harrison ve ark., 2021). İmmün mekanizmaların hipertansiyon patogenezindeki rolü, vasküler ve böbrek hasarının inflamasyon ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalarla desteklenmektedir (Harrison ve ark., 2021). Ayrıca oksidatif stres ile immün aktivasyon arasındaki etkileşim, damar yapısında bozulmaların ilerlemesine ve hastalığın kronikleşmesine zemin hazırlayan temel mekanizmalardan biri olarak kabul edilmektedir (Harrison ve ark., 2021). Bu patofizyolojik süreçler yalnızca damar ve böbrek yapıları ile sınırlı kalmayıp, sistemik düzeyde çeşitli klinik bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yorgunluk, ödem ve bilişsel değişiklikler gibi semptomların hastalık süresi ile birlikte artış göstermesi, hipertansiyonun çoklu sistemler üzerindeki etkisini yansıtmaktadır (Zehra ve ark., 2019). Bununla birlikte, hipertansiyon süresinin uzaması klinik bulguların şiddetinde artışa yol açmakta ve genel prognoz üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir.

2.8. Hipertansiyon Tedavi Yöntemleri

Hipertansiyon yönetimi, yalnızca arteriyel basıncın düşürülmesini hedefleyen bir yaklaşımın ötesinde, kardiyovasküler olayların önlenmesi, hedef organ hasarının sınırlandırılması ve uzun dönem mortalitenin azaltılmasını amaçlayan çok katmanlı bir klinik süreci ifade etmektedir. Güncel uluslararası kılavuzlar ve ulusal raporlar, tedavi hedeflerinin bireysel kardiyovasküler risk profiline göre belirlenmesi gerektiğini vurgulamakta ve çoğu hasta için <130/80 mmHg düzeylerinin hedeflenmesini önermektedir (Jones ve ark., 2025; World Health Organization, 2025a; Özin ve ark., 2025). Bu bağlamda tedavi yaklaşımı, farmakolojik tedavi, yaşam tarzı düzenlemeleri ve sağlık sistemi temelli stratejilerin entegre biçimde uygulanmasını gerektirmektedir.

2.8.1. Farmakolojik Yöntemler

Hipertansiyonun farmakolojik yönetimi, yalnızca arteriyel kan basıncının düşürülmesini değil, aynı zamanda kardiyovasküler olayların önlenmesini ve hedef organ hasarının sınırlandırılmasını amaçlayan çok boyutlu bir tedavi yaklaşımını ifade etmektedir. Güncel uluslararası kılavuzlar ile ulusal uzlaşi raporları, tedavi stratejilerinin bireyin kardiyovasküler risk profili, eşlik eden hastalıkları ve klinik özellikleri dikkate alınarak kişiselleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Jones ve ark., 2025; Özin ve ark., 2025). Bu nedenle farmakolojik tedavi, özellikle orta ve yüksek risk grubundaki bireylerde erken dönemde başlatılması önerilen temel müdahale olarak kabul edilmektedir.

İlk basamak tedavide anjiyotensin reseptör blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri ve tiazid/tiazid benzeri diüretikler öncelikli ajanlar arasında yer almaktadır. Bu ilaçlar, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi, damar düz kas tonusu ve sıvı dengesi gibi temel fizyolojik süreçleri hedef alarak periferik vasküler direnci azaltmakta ve kardiyak yükün hafiflemesine katkı sağlamaktadır (Whelton ve ark., 2018; World Health Organization, 2025a). Bu ajanların klinik etkinliği, geniş ölçekli çalışmalarla desteklenmiş olup kardiyovasküler olayların azaltılmasında önemli rol oynadığı gösterilmiştir (Whelton ve ark., 2018; ALLHAT Collaborative Research Group, 2002; Law ve ark., 2009).

Güncel kılavuzlar, özellikle evre 2 hipertansiyon olgularında tedaviye başlangıçtan itibaren kombinasyon tedavisi ile başlanmasını önermekte, sabit doz kombinasyonlarının kullanımının tedaviye uyumu artırarak hedef değerlere ulaşmayı kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Williams ve ark., 2018; Jones ve ark., 2025; Özin ve ark., 2025).

Tedaviye rağmen hedef değerlere ulaşamayan olgularda farmakolojik yaklaşım basamaklı olarak genişletilmektedir. Üçlü tedaviye rağmen kontrol sağlanamayan hastalarda mineralokortikoid reseptör antagonistlerinin eklenmesi önerilmekte olup bu ajanlar özellikle aldosteron aracılı sodyum retansiyonu ve hacim yükü mekanizmalarını hedef alarak etkili olmaktadır (Özin ve ark., 2025). Ayrıca dirençli hipertansiyon değerlendirilirken sekonder nedenlerin dışlanması ve tedaviye uyumun dikkatle gözden geçirilmesi gerekmektedir

2.8.2. Güncel ve Yeni Farmakolojik Yaklaşımlar

Son yıllarda hipertansiyon tedavisinde yeni farmakolojik hedefler ön plana çıkmıştır:

SGLT2 (Sodyum-glukoz kotransporter-2 inhibitörleri), özellikle diyabet ve kardiyovasküler risk varlığında, natriürezis ve osmotik diürez yoluyla kan basıncı üzerinde ek düşürücü etki sağlamaktadır (Whelton ve ark., 2018).

ARNI (anjiyotensin reseptör-neprilisin inhibitörleri), nörohormonal aktiviteyi baskılayarak özellikle kalp yetersizliği eşlik eden hipertansif bireylerde etkili bir seçenek olarak değerlendirilmektedir (Williams ve ark., 2018; Jones ve ark., 2025).

Aldosteron sentaz inhibitörleri, aldosteron üretimini doğrudan baskılayarak dirençli hipertansiyon tedavisinde umut vadeden yeni ajanlar arasında yer almaktadır (Özin ve ark., 2025).

Endotelin reseptör antagonistleri, vasküler tonus üzerinde güçlü etkileri nedeniyle özellikle dirençli olgularda araştırılmakta olan tedavi seçenekleri arasındadır (Williams ve ark., 2018; Özin ve ark., 2025).

Genel olarak değerlendirildiğinde, hipertansiyonun farmakolojik tedavisi klasik tek ajan yaklaşımından uzaklaşarak çoklu mekanizmaları hedefleyen, bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı bir yapıya doğru evrilmektedir (World Health Organization, 2025a). Farklı etki

yollarına sahip ilaçların kombinasyon halinde kullanımı, özellikle dirençli hipertansiyon olgularında daha etkin sonuçlar elde edilmesine olanak tanırken, sabit doz kombinasyon preparatları tedaviye uyumu artırarak uzun dönem kan basıncı kontrolünün iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır; bu yaklaşımın uygun hasta izlem stratejileri ile desteklenmesi ise klinik sonuçların sürdürülebilir biçimde iyileştirilmesini mümkün kılmaktadır. Antihipertansif tedavide kullanılan ilaç grupları, farklı patofizyolojik mekanizmaları hedef alarak kan basıncı kontrolünün sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Bu ajanların temel etki mekanizmaları ve klinik etkileri güncel kılavuzlar ve literatür doğrultusunda Tablo 2.1’de özetlenmiştir (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018; Jones ve ark., 2025; World Health Organization, 2025a; Özin ve ark., 2025).

Tablo 2.1. Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Antihipertansif İlaç Grupları ve Etki Mekanizmaları

İlaç Grubu	Etki Mekanizması	Klinik Etki
Tiyazid diüretikler	Sodyum ve su atılımını artırarak plazma hacmini azaltır	Kan basıncında düşüş, periferik dirençte azalma
ACE inhibitörleri	Anjiyotensin II oluşumunu inhibe eder	Vazodilatasyon, aldosteron baskılanması
ARB	Anjiyotensin II reseptörlerini bloke eder	Vazokonstriksiyonun önlenmesi
Kalsiyum kanal blokerleri	Damar düz kasında kalsiyum girişini azaltır	Vazodilatasyon- Periferik direnç azalır.
Beta blokerler	Beta reseptörleri inhibe eder.	Kalp hızı ve kardiyak output azalır
Mineralokortikoid antagonistleri	Aldosteron etkisini bloke eder	Sodyum retansiyonu azalır
SGLT2 inhibitörleri	Natriürezis ve diürez	Ek kan basıncı düşüşü
ARNI	Nörohormonal baskılama	Kardiyovasküler koruma
Aldosteron sentaz inhibitörleri	Aldosteron sentezini engeller	Dirençli HT kontrolü
Sabit doz kombinasyonlar	Birden fazla mekanizmayı aynı anda hedefler	Tedavi uyumu ve etkinlik artışı

Tablo 2.1’de görüldüğü üzere antihipertansif ilaç grupları, kan basıncı kontrolünü farklı fizyolojik mekanizmalar üzerinden sağlamaktadır.

2.8.3. Non- Farmakolojik Yöntemler

Non-farmakolojik yaklaşımlar, hipertansiyon yönetiminin temel bileşenlerinden biri olup tüm bireylerde uygulanması önerilmektedir (World Health Organization, 2025a, Abegaz ve ark., 2017).

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Günlük tuz tüketiminin sınırlandırılması, potasyumdan zengin beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı vücut ağırlığının korunması, kan basıncı kontrolünde doğrudan etkili temel müdahaleler arasında yer almaktadır. *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) tipi beslenme modeli, bu kapsamda en etkili diyet yaklaşımlarından biri olarak kabul edilmektedir (Whelton ve ark., 2018; Appel ve ark., 1997; Sacks ve ark., 2001). DASH tipi beslenme modeli, hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolüne yönelik geliştirilen, sebze, meyve, tam tahıllar ve düşük yağlı süt ürünlerinin tüketimini artırmayı; buna karşılık sodyum, doymuş yağ ve işlenmiş gıda alımını sınırlandırmayı temel alan bir beslenme yaklaşımıdır. Potasyum, magnezyum ve kalsiyumdan zengin içerik yapısı sayesinde kan basıncı üzerinde düşürücü etki gösterdiği klinik çalışmalarla ortaya konmuştur (Appel ve ark., 1997; Sacks ve ark., 2001; Whelton ve ark., 2018).

İzlem ve Digital Sağlık Sistemi Yaklaşımları

Hipertansiyon yönetiminde düzenli kan basıncı ölçümü ve hasta takibinin sürekliliği, etkin kontrolün sağlanmasında temel belirleyiciler arasında yer almaktadır. Evde kan basıncı ölçüm yöntemleri ile sağlık sistemi temelli izlem stratejilerinin birlikte kullanılması, tedaviye uyumu artırarak kan basıncının daha etkin biçimde kontrol edilmesine katkı sağlamaktadır (Stergiou ve ark., 2018c; Uhlig ve ark., 2013). Bununla birlikte, dijital sağlık uygulamaları ve tele-tıp sistemleri gibi yenilikçi yaklaşımlar ile toplum temelli müdahalelerin entegrasyonu, hipertansiyon yönetiminin kapsamını genişletmekte ve sürdürülebilir kontrolü desteklemektedir (World Health Organization, 2025b). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen standart tedavi protokolleri ve ekip temelli bakım modelleri, sağlık hizmetlerinde uygulama birliğini güçlendirerek tedavi başarısının artırılmasına önemli katkı sunmaktadır.

Girişimsel ve Yenilikçi Yaklaşımlar

Dirençli hipertansiyon olgularında:

Renal denervasyon (RDN), sempatik aktiviteyi azaltarak kan basıncını düşürmektedir.

Baroreseptör aktivasyon tedavisi (BAT), otonom sinir sistemi üzerinden kan basıncı kontrolünü sağlamaktadır.

Bu yöntemler seçilmiş hastalarda tamamlayıcı tedavi seçenekleri olarak değerlendirilmektedir (Özin ve ark., 2025; Williams ve ark., 2018).

2.9. Hipertansiyonun Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hipertansiyonun yönetimi, yalnızca biyomedikal tedavi yaklaşımlarına indirgenemeyecek kadar çok boyutlu bir süreç olup, bireyin davranışsal, biyolojik ve psikososyal boyutlarını kapsayan bütüncül bir süreçtir (Adzitey ve ark., 2026; Bodenheimer ve ark., 2002). Bu süreçte hemşireler, hasta ile sürekli etkileşim halinde bulunan sağlık profesyonelleri olarak bakımın sürekliliğini sağlayan ve tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyen temel aktörler arasında yer almaktadır. Hemşire liderli yaklaşımların, kan basıncı kontrolü, tedaviye uyum ve kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılması üzerinde anlamlı katkılar sağladığı çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Stephen ve ark., 2022; Montayre ve ark., 2022; Spies ve ark., 2018).

Güncel kanıtlar, hipertansiyon yönetiminde hemşirelerin rolünün yalnızca destekleyici değil, aynı zamanda klinik karar süreçlerini etkileyen ve bakım modellerini şekillendiren bir yapıya evrildiğini göstermektedir (Kes ve Polat, 2022; Hwang ve Chang, 2023). Bu bağlamda hemşirenin rolü; birey merkezli bakım, yaşam tarzı yönetimi ve klinik sonuçların iyileştirilmesi olmak üzere çok boyutlu olarak ele alınmaktadır.

2.9.1. Birey Merkezli Bakım, Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Öz-Yönetim Kapasitesinin Geliştirilmesi

Hipertansiyonun klinik yönetiminde sürdürülebilir başarı; bireyin pasif bir tedavi alıcısı olmaktan çıkarılıp, hastalığını anlamlandırarak öz-yönetim sürecine aktif katılım göstermesine bağlıdır. Bu dönüşümde hemşireler, öz-yeterlilik kuramını temel alan yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık süreçlerini koordine ederek bireylerin sağlık okuryazarlığını yükseltmekte ve hastalıkla baş etme becerilerini sistematik olarak güçlendirmektedir (Adzitey ve ark., 2026; Bandura, 1997; Lorig ve ark., 2001; Kolcu ve Ergun, 2020). Özellikle DASH diyeti, sodyum kısıtlaması, kilo optimizasyonu ve planlı fiziksel aktivite gibi non-farmakolojik girişimlerin hemşire rehberliğinde klinik uygulamaya entegre edilmesi, kardiyovasküler risk profilini minimize ederek kan basıncı

regülasyonuna doğrudan katkı sunmaktadır (Jarl ve ark., 2014; Hedayati ve ark., 2011; Glynn ve ark., 2010; Norris ve ark., 2001).

Kazanılan sağlıklı yaşam davranışlarının kalıcı birer alışkanlığa dönüşmesi, hemşire ve hasta arasında tesis edilen süreklilik arz eden, güven temelli terapötik etkileşime dayanmaktadır. Bireyselleştirilmiş eylem planlarının düzenli izlem, objektif geri bildirim ve anlık motivasyonel destekle pekiştirilmesi, hastaların tedavi protokollerine olan biyopsikososyal bağlılığını maksimize etmektedir (Stephen ve ark., 2024; Jarl ve ark., 2014). Bununla birlikte, bireysel danışmanlık hizmetlerinin grup temelli eğitim programları ve sosyal destek mekanizmalarıyla senkronize edilmesi, toplumsal etkileşimi artırarak davranış değişikliğinin sürdürülebilirliğini güçlendirmekte ve olası motivasyon kayıplarının önüne geçmektedir (Spies ve ark., 2018; Montayre ve ark., 2022; Stephen ve ark., 2022).

Hemşirelerin salt bilgi aktarıcı olmanın ötesinde, değişimi yönlendiren bir moderatör rolü üstlenmesi, özellikle kronik hastalık yükü yüksek popülasyonlarda ve fonksiyonel bağımsızlığın risk altında olduğu ileri yaş gruplarında kritik önem taşımaktadır. Bakım kurumlarında yaşayan yaşlı bireylerde motivasyonel görüşme teknikleri eşliğinde yürütülen hemşirelik girişimlerinin; öz-bakım adaptasyonunu kolaylaştırdığı, tedaviye uyumu artırdığı ve genel yaşam kalitesini bütüncül olarak iyileştirdiği vurgulanmaktadır (Kolcu ve Ergun, 2020; Erciyes, 2013; Malhotra ve ark., 2010). Sonuç olarak hemşire liderliğindeki bu çok boyutlu yaklaşımlar, hipertansiyonun uzun dönemli kontrolünde hem klinik parametreleri hem de hastanın öz-yönetim kapasitesini optimize eden stratejik birer müdahale alanı oluşturmaktadır.

2.9.2. Klinik Etkiler, İlaç Uyumu ve Uzun Dönem Sağlık Çıktıları

Hemşire liderliğinde yürütülen yapılandırılmış hipertansiyon müdahalelerinin klinik çıktılar üzerindeki iyileştirici etkisi, meta-analizler ve randomize kontrollü çalışmaların somut bulgularıyla desteklenmektedir. Bu programlara dahil olan hastalarda sistolik kan basıncında 4.7 ila 6.5 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 3.0 ila 3.3 mmHg arasında değişen istatistiksel olarak anlamlı düşüşler sağlandığı saptanmıştır (Hwang ve Chang, 2023; Stephen ve ark., 2022; Reboli ve ark., 2011). Elde edilen bu fizyolojik regülasyon, kardiyovasküler olay riskinin azaltılmasında ve uzun dönem mortalitenin önlenmesinde

hayati bir eşiği temsil etmektedir (Jarl ve ark., 2014; Heidenreich ve ark., 2011; Maillot ve Drownowski, 2012). Hipertansiyon yönetiminde klinik başarının temel belirleyicilerinden biri olan antihipertansif tedaviye uyum oranları da hemşire izlemi ve düzenli geri bildirim mekanizmaları sayesinde belirgin bir şekilde yükselmektedir (Stephen ve ark., 2022; Georgiopoulos ve ark., 2018; Kolcu ve Ergun, 2020; Holt ve ark., 2010).

Hemşirelik bakımının yalnızca semptom kontrolüyle sınırlı kalmayıp hastaya bütüncül bir sağlık iyileştirmesi sunduğu; kan basıncı regülasyonuna ek olarak vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, lipid profili ve total kolesterol gibi antropometrik ve biyokimyasal göstergelerde oluşturduğu anlamlı düzelmelerle kanıtlanmaktadır (Kolcu ve Ergun, 2020; Montayre ve ark., 2022; Stephen ve ark., 2019; Hacıhasanoglu ve Gozum, 2011; Morgado ve ark., 2010). Biyomedikal ve davranışsal parametrelerdeki bu geniş yelpazeli başarı, hastaların mental ve fiziksel yaşam kalitelerini doğrudan artırırken; makro düzeyde sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta, görev paylaşımı (task shifting) stratejileriyle diğer sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltarak kronik hastalık yönetiminde maliyet-etkin bir sistem sürdürülebilirliği sağlamaktadır (Montayre ve ark., 2022; Spies ve ark., 2018; Göçgeldi ve ark., 2008; Massimi ve ark., 2017). Ancak literatürdeki alt grup analizleri, müdahalelerin sağladığı bu optimal klinik etkilerin genellikle altı ay gibi kısa süreli takiplerde daha belirgin olduğunu göstermekte; davranış değişikliğinin ve klinik sonuçların uzun dönem sağlık çıktılarına kalıcı olarak yansiyabilmesi için, hemşire rehberliğinin bakım sisteminin vazgeçilmez ve sürekli bir bileşeni olarak entegre edilmesi gerektiğine işaret etmektedir (Stephen ve ark., 2024; Stephen ve ark., 2022; Mancina ve ark., 2023; Nguyen ve ark., 2012).

2.9.3. Dijital Sağlık, Tele-Hemşirelik ve Uzaktan İzlem Yaklaşımları

Hipertansiyonun asemptomatik seyri, hastaların rutin takipten kopmasına ve tedaviye uyumun azalmasına yol açabilmektedir. Bu durum günümüzde dijital iletişim teknolojilerinin hemşirelik bakımına entegrasyonu ile etkin bir şekilde doldurulmaktadır (Kes ve Polat, 2022; Sengul ve ark., 2013). Mobil sağlık uygulamaları, kısa mesaj sistemleri ve çevrim içi platformlar gibi yenilikçi araçlar, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında kesintisiz bir iletişim ağı kurmaktadır (Chow ve Gupta, 2019; Parati ve ark., 2019; McLean ve ark., 2016). Tele-hemşirelik kapsamında yürütülen periyodik

telefon izlemleri, unutkanlık gibi tedaviye uyumu kısıtlayan temel engellerin azaltılması yoluyla hastaların tedavi sürecine katılımını güçlendirmektedir (Márquez Contreras ve ark., 2004; Thakkar ve ark., 2016; Bobrow ve ark., 2016). Nitekim bu dijital hatırlatma ve destek sistemlerinin, bireylerin öz-yeterlilik algısını güçlendirerek üç ay gibi kısa bir sürede dahi antihipertansif ilaçlara bağlılık skorlarını belirgin şekilde yükselttiği bildirilmektedir (Vargas ve ark., 2017; Varleta ve ark., 2017; Margolis ve ark., 2013; Kotb ve ark., 2014).

Uzaktan izlem altyapısı sayesinde toplanan verilerle hastalara anlık ve kişiselleştirilmiş geri bildirimler sunulması; fiziksel aktivitenin artırılması ve sigara bırakma gibi farmakolojik olmayan yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesini de kolaylaştırmaktadır (Li ve ark., 2020; Manalili ve ark., 2022; Hall ve ark., 2015; Adler ve ark., 2017). Elde edilen bu davranışsal kazanımlar klinik tabloya doğrudan yansımaktadır. Teknoloji destekli hemşirelik müdahalelerinin sistolik ve diyastolik kan basıncında anlamlı düşüşler sağlayarak kardiyovasküler olay riskini minimize ettiği meta-analizlerle desteklenmektedir (Hwang ve Chang, 2023; Stephen ve ark., 2022; Ma ve ark., 2019). Ayrıca dijital ağlar, hastanın klinik durumunda bir bozulma saptandığında üst düzey sağlık kurumlarına zamanında yönlendirme (koordinasyon) imkânı tanıyarak bakımın bütünlüğünü ve güvenliğini sağlamaktadır (Milani ve Lavie, 2015; Williams ve ark., 2018; Zhu ve ark., 2018; Osterberg ve Blaschke, 2005).

Sağlık sistemi perspektifinden değerlendirildiğinde, tele-hemşirelik merkezli bu yaklaşımlar yalnızca bireysel klinik iyileşme sağlamakla kalmamakta; aynı zamanda görev paylaşımı (task shifting) stratejileriyle diğer sağlık çalışanlarının iş yükünü hafifletmektedir (Spies ve ark., 2018; NCD Risk Factor Collaboration, 2019). Özellikle sınırlı kaynaklara sahip sağlık sistemlerinde dijital hemşirelik modelleri; maliyet-etkin olması, dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimini genişletmesi ve bakımın sürdürülebilirliğini desteklemesi nedeniyle makro düzeyde stratejik bir değer taşımaktadır (Montayre ve ark., 2022; Stephen ve ark., 2024; Himmelfarb ve ark., 2016). Sonuç olarak teknoloji entegrasyonlu hemşirelik girişimleri, hipertansiyonun uzun dönem yönetiminde vazgeçilmez, çok yönlü ve bütüncül bir bakım standardı olarak öne çıkmaktadır.

2.9.4. Multidisipliner İş Birliği, Sürdürülebilirlik Sorunları ve Gelecek Yönelimleri

Hipertansiyon yönetiminde maksimum düzeyde klinik başarı, yalnızca hastanın bireysel değişim motivasyonuna değil, aynı zamanda meslekler arası senkronize bir takım çalışmasına dayanmaktadır (Stephen ve ark., 2024; McInnes ve ark., 2017). Multidisipliner yaklaşımda hekimler farmakolojik tedaviyi planlarken, hemşireler eğitim, danışmanlık ve izlem süreçleriyle bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. (Department of Health, 2022; Mills ve ark., 2016). Ancak bu model, sağlık sistemindeki yapısal sorunlar nedeniyle klinikte tam olarak uygulanamamaktadır. Hemşirelik hizmetlerine yönelik yeterli finansal desteklerin olmaması ve artan iş yükü, bu müdahalelerin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir (Schutte ve ark., 2022; Halcomb ve ark., 2021). Bakım hizmetlerindeki koordinasyon eksikliği ve parçalı yapı, bu engelleri derinleştirerek hemşire liderli uygulamaların klinik pratiğe entegrasyonunu güçleştirmektedir (Morris ve ark., 2022). Sistemsel kısıtlılıklara ek olarak, gelişmekte olan bölgelerde ilaç erişimindeki güçlükler ve standart bakım protokollerinin yetersizliği, müdahalelerin etkinliğini ve genellenebilirliğini sınırlamaktadır. (Spies ve ark., 2018; Vedanthan ve ark., 2016). Bu doğrultuda, hipertansiyon yönetiminde kalıcı başarı sağlanabilmesi için sağlık politikalarının ekip temelli bakımı destekleyecek şekilde düzenlenmesi, kanıta dayalı eğitimlerin yaygınlaştırılması ve hemşirelerin kronik hastalık yönetimi konusunda uzmanlaştırılması gerekmektedir. (Stephen ve ark., 2024; Spies ve ark., 2018).

2.10. Kan Basıncı Farkındalığı ve İlgörü

Hipertansiyon, dünya çapında morbidite ve mortalite yükünü artıran ve kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde önlenabilir başlıca risk etmenleri arasında değerlendirilen kronik hastalıklardan biridir (Jones ve ark., 2025). Kontrol altına alınmadığında ise inme, demans, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği gibi ciddi klinik tablolara zemin hazırlayan majör bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Erken mortalite riskini belirgin biçimde artırmaktadır (World Health Organization, 2023; Jones ve ark., 2025). Bununla birlikte hipertansiyonun çoğu zaman asemptomatik seyretmesi, bireylerin hastalığın ciddiyetini yeterince algılayamamasına ve tedavi gereksinimini göz ardı etmesine neden olabilmektedir (Uysal ve Yıldırım, 2025).

Güncel hipertansiyon yönetiminde yalnızca farmakolojik (antihipertansif) tedaviye odaklanması yeterli bir yaklaşım değildir. Bireyin hastalığını tanıması, kan basıncı değerlerini yorumlayabilmesi ve öz yönetim davranışları geliştirmesinin klinik sonuçları doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır (Mancia ve ark., 2023).

Bu bağlamda “kan basıncı farkındalığı”, bireyin hipertansiyon tanısını kabul etmesi, hedef kan basıncı düzeylerini bilmesi, ölçüm sonuçlarını değerlendirebilmesi ve hipertansiyonun olası komplikasyonlarının farkında olması ile ilişkili çok boyutlu bir kavramdır (Yılmaz ve ark., 2022). İçgörü (insight) kavramı, bireyin yalnızca hipertansiyon tanısının farkında olmasını değil; aynı zamanda hastalığın yaşam boyu sürebilen kronik yapısını kavrayarak tedavi gerekliliğini benimsemesini, olası komplikasyon risklerini değerlendirebilmesini ve bu doğrultuda koruyucu sağlık davranışları ile öz yönetim becerilerini sürdürülebilir biçimde uygulayabilmesini ifade etmektedir. (David, 1990; Amador ve ark., 1991).

Literatürde, hipertansif bireylerin önemli bir bölümünün normal kan basıncı değerleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu bilgi eksikliğinin günlük sağlık davranışlarına etkin biçimde yansıtılamadığı bildirilmektedir (Pirasath ve ark., 2017). Buna karşılık, hipertansiyona yönelik yeterli içgörü geliştiren bireylerin tedaviye daha yüksek düzeyde uyum gösterdiği, yaşam tarzı değişikliklerini daha sürdürülebilir biçimde uyguladığı ve kan basıncı kontrolünde daha başarılı sonuçlar elde ettiği belirtilmektedir (Ross ve ark., 2004; Herttua ve ark., 2016).

Hastalığın klinik açıdan yeterince önemsenmemesi, bireyin tedavi sürecine yönelik içgörüsünü zayıflatarak kan basıncı kontrolünün bozulmasına ve kardiyovasküler olay riskinin belirgin biçimde artmasına neden olabilmektedir (Herttua ve ark., 2016; Joffres ve ark., 2013). Son dönemde literatüre kazandırılan spesifik kan basıncı farkındalık ölçekleri, bu psikobilişsel bariyerlerin görünür kılınmasında ve davranışsal süreçlerin analiz edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Spirk ve ark., 2018). Bu zorlukların üstesinden gelmek ve kan basıncı kontrolünü optimize etmek amacıyla güncel kılavuzlar, multidisipliner bakım stratejilerini ve sağlık okuryazarlığını merkeze alan yaklaşımları önermektedir (Jones ve ark., 2025; World Health Organisation, 2025). Özellikle evde kan basıncı izlemi (EKBİ) gibi öz-ölçüm stratejilerinin yaygınlaştırılması, hastanın kendi

fizyolojik verileriyle doğrudan yüzleşmesini sağlayarak hastalık farkındalığını belirgin ölçüde pekiştirmektedir (Jo ve ark., 2019; Stergiou ve Bliziotis, 2011).

Ev temelli kan basıncı izlemi uygulamaları yalnızca ölçümlerin doğruluğunu ve tanısal güvenilirliği artırmakla sınırlı kalmamakta; aynı zamanda bireyin kendi sağlık sürecine daha aktif katılım göstermesini sağlayarak öz yönetim becerilerini güçlendirmekte ve klinik sonuçların iyileştirilmesine katkı sunmaktadır (Stergiou ve ark., 2021). Güncel kılavuzlar ve küresel raporlar, hipertansiyon yükünün azaltılabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, düzenli toplum taramalarının yaygınlaştırılması, birey merkezli bakım modellerinin desteklenmesi ve toplum temelli farkındalık ile içgörü geliştirme programlarının sağlık sistemine entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca düzenli kan basıncı izlemi ile desteklenen bu yaklaşımların, hipertansiyon kontrolünün sürdürülebilirliğini artırarak uzun dönem klinik sonuçların iyileştirilmesine katkı sağladığı bildirilmektedir (Jones ve ark., 2025; World Health Organization, 2023).

2.10.1. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörüyü Etkileyen Faktörler

Kan basıncı farkındalığı ve hipertansiyona yönelik içgörü düzeyi; bireysel özellikler, sağlık okuryazarlığı, yaşam biçimi davranışları, psikososyal etkenler ve sağlık sistemine ilişkin değişkenlerden etkilenmektedir. Güncel kılavuzlar ve epidemiyolojik veriler, yaşlanmayla birlikte artan komorbidite yükü ve polifarmasinin hipertansiyon yönetimini karmaşık hale getirdiğini göstermektedir (Jones ve ark., 2025). Buna karşılık genç bireylerde ve kadın hastalarda hastalık farkındalığı ile öz-etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Jeong, 2021; Konlan ve Shin, 2023; Teke ve Arslan, 2018).

Bireylerin sosyoekonomik yetersizlikleri ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları eşitsizlikler, özellikle düşük ve orta gelirli toplumlarda hipertansiyonun erken tanınmasını güçleştirerek tedavi sürekliliğini olumsuz etkilemekte ve kan basıncı kontrol oranlarının düşmesine neden olmaktadır (World Health Organization, 2025b). Yaş, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyodemografik değişkenlerin hipertansiyon farkındalığı üzerinde belirleyici olduğu bildirilmektedir (Egan ve ark., 2003; Alexander ve ark., 2003). Bunun yanında hipertansiyona ilişkin bilgi eksikliği ve düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin tedavi gerekliliğini yeterince

kavrayamamalarına yol açarak öz bakım davranışlarının sürdürülebilirliğini zayıflatmaktadır (Pirasath ve ark., 2017). Hastalığın uzun süre herhangi bir klinik semptom vermeden "sessiz" ilerlemesi, bireylerin semptom yokluğunu sağlık göstergesi olarak değerlendirmesine yol açabilmekte ve hastalığın önemsenmesini geciktirebilmektedir (Joffres ve ark., 2013). Bu durum tedaviye uyumun azalmasına ve kan basıncı kontrolünün bozulmasına neden olabilmektedir (Krousel-Wood ve ark., 2004). Davranışsal risk faktörleri de farkındalık düzeyini etkileyen önemli bileşenler arasında yer almaktadır. Sigara kullanımı, yüksek tuz tüketimi, fiziksel inaktivite, obezite ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının hipertansiyon kontrolünü olumsuz etkilediği bildirilmektedir (World Health Organization, 2025b; Khairy ve ark., 2021). Risk faktörlerine yönelik toplumsal farkındalığın artırılması, ulusal halk sağlığı stratejileriyle (örneğin Güney Kore'nin ulusal sodyum kısıtlama programları) desteklendiğinde hipertansiyon yönetiminde daha etkili sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu politikaların, bireylerin sağlıklı beslenme davranışlarını güçlendirerek toplumun öz yönetim kapasitesinin ve kan basıncı kontrolünün iyileşmesine katkı sağladığı bildirilmektedir (World Health Organization, 2025b). Bunun yanında diyabet ve kronik böbrek hastalığı gibi eşlik eden komorbid durumlar, hipertansiyon yönetim sürecini daha karmaşık hale getirebilmektedir. Uygun profesyonel destek ve etkili hasta eğitimi sağlandığında bireylerin kardiyovasküler risk algısını güçlendirerek hastalığa yönelik farkındalık ve tedavi uyumunun artmasına katkı sağlayabilmektedir (Jones ve ark., 2025; Uysal ve Yıldırım, 2025).

Psikososyal faktörlerin de içgörü gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir. Hastalığa ilişkin kaygı, stres düzeyi, sosyal destek eksikliği ve tedavi motivasyonunun düşük olması, bireyin hipertansiyonu yönetme kapasitesini azaltabilmektedir (Cooke ve ark., 2007). Hastaların farmakolojik tedaviye ilişkin olumsuz algıları, karmaşık ilaç kullanım şemaları ve olası yan etkilere yönelik kaygıları, hastalığın kabul edilmesini ve tedavi sürecine yönelik içgörü gelişimini olumsuz etkileyen başlıca faktörler arasında yer almaktadır. (Morgado ve ark., 2010; DiMatteo ve ark., 2002). Aynı zamanda klinik tablonun şiddeti ile hastalık algısı arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur (Ross ve ark., 2004).

İçgörüyü güçlendirmede ve terapötik hedeflere ulaşmada en etkili stratejilerin başında EKBİ gelmektedir (Parati ve ark., 2010; Zhang ve ark., 2023). Düzenli ve standartlara uygun medikal cihazlarla yapılan öz-ölçümler, bireyin kendi fizyolojik durumunu somut veriler üzerinden değerlendirmesine olanak tanıyarak hipertansiyonun yalnızca teorik bir sağlık sorunu değil, aktif biçimde yönetilmesi gereken klinik bir durum olduğunu fark etmesini sağlamaktadır (Terzi ve ark., 2025). Bununla birlikte, hatalı ölçüm tekniklerinin yanıltıcı verilere yol açabileceği gerçeği, sürekli hasta eğitiminin ve yapılandırılmış profesyonel danışmanlığın gerekliliğini vurgulamaktadır (Jones ve ark., 2025). Psiko-eğitim temelli yapılandırılmış müdahalelerin, hipertansiyon hastalarında öz-etkililik düzeyini belirgin biçimde güçlendirdiği ve bireylerin hastalığı kısa süreli bir sağlık problemi yerine yaşam boyu izlem gerektiren kronik bir durum olarak daha bilinçli şekilde algılamalarına katkı sağladığı bildirilmektedir (Agarwal ve ark., 2011; Uysal ve Yıldırım, 2025; World Health Organization, 2020).

2.10.2. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörünün Hipertansiyon Yönetimindeki Rolü

Kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsü, hipertansiyon yönetiminde tedaviye uyumun sağlanması ve uzun dönem klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından temel belirleyiciler arasında değerlendirilmektedir. Literatürdeki kanıta dayalı bulgular, hedef kan basıncı değerlerini bilen, düzenli ölçüm yapan ve hastalığın olası komplikasyonlarının farkında olan bireylerde antihipertansif tedaviye bağlılığın daha yüksek olduğunu göstermektedir (Krousel-Wood ve ark., 2004; Ross ve ark., 2004). Tedaviye uyumdaki bu artışın, kan basıncı kontrol oranlarını iyileştirerek kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskinde anlamlı azalma sağladığı bildirilmektedir (Herttua ve ark., 2013). Bu nedenle hipertansiyon yönetiminde yalnızca farmakolojik tedavinin değil, bireyin hastalığını algılama biçiminin ve öz yönetim kapasitesinin de klinik başarı üzerinde belirleyici olduğu vurgulanmaktadır.

Literatürde evde kan basıncı izlemi uygulamalarının, bireylerin hipertansiyon yönetimine daha aktif katılım göstermesini sağlayan en önemli öz yönetim stratejilerinden biri olduğu belirtilmektedir. Düzenli ve standardize edilmiş ölçüm cihazlarıyla gerçekleştirilen öz ölçüm uygulamaları, bireyin kendi fizyolojik parametrelerini somut biçimde değerlendirmesine olanak tanıyarak hipertansiyonu soyut bir sağlık problemi olmaktan çıkarıp günlük yaşam içinde yönetilmesi gereken klinik bir durum haline getirmektedir

(Stergiou ve Bliziotis, 2011). Evde kan basıncı izleminin (EKBİ) hipertansiyon yönetimindeki etkisini değerlendiren FIRST çalışması (First International Study on Self Blood Pressure Monitoring), düzenli EKBİ uygulayan ve hedef kan basıncı değerlerine yönelik farkındalığı yüksek olan bireylerde kan basıncı regülasyonunun belirgin düzeyde iyileştiğini ve hedef değerlere ulaşma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Spirk ve ark., 2018). Aynı şekilde Agarwal ve arkadaşları (2011), evde düzenli kan basıncı izlemiyle desteklenen yapılandırılmış takip programlarının, tedavi düzenlenmesindeki gecikmeleri azaltarak antihipertansif tedavinin daha etkin biçimde optimize edilmesine katkı sağladığını bildirmiştir.

Evde kan basıncı izleminin bir diğer önemli katkısı, beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon gibi klinik değerlendirmeyi etkileyebilen durumların daha doğru biçimde ayırt edilmesine olanak sağlamasıdır (Parati ve ark., 2010). Yapılan çalışmalar, hipertansiyon yönetiminde yalnızca ölçüm yapılmasının yeterli olmadığını; eğitim, danışmanlık, düzenli geri bildirim ve davranış değişikliğini destekleyen multidisipliner müdahalelerle desteklenen izlem modellerinin daha etkili sonuçlar oluşturduğunu göstermektedir (Uhlig ve ark., 2013; Agarwal ve ark., 2011). Bu durum, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesine ve tedavi planlarının daha gerçekçi klinik verilere dayalı biçimde düzenlenmesine katkı sunmaktadır. Ayrıca bireyin kendi ölçüm sonuçlarını takip etmesi, hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkilerini daha görünür hale getirerek tedavi motivasyonunu güçlendirmekte ve ilaç kullanımına bağlılığı artırmaktadır (van Onzenoort ve ark., 2010; Jo ve ark., 2019).

Hipertansiyona yönelik içgörü düzeyinin artması yalnızca farmakolojik tedaviye uyumu değil, aynı zamanda yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülebilirliğini de etkilemektedir. Hastalığın uzun dönem komplikasyonlarını kavrayan bireylerin fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü ve sigara bırakma gibi koruyucu sağlık davranışlarını daha etkin uyguladığı bildirilmektedir (Saarti ve ark., 2016).

Hastalığın bilişsel düzeyde kabullenilmesi ile davranışsal adaptasyon arasındaki bu bağ "öz-etkililik" (self-efficacy) üzerinden şekillenmektedir. Nitekim Uysal ve Yıldırım (2025) tarafından gerçekleştirilen güncel çalışmada, hastalık farkındalığı ve komplikasyon içgörüsü ile öz-etkililik skorları arasında güçlü bir pozitif korelasyon saptanmış; içgörünün sadece bilişsel bir fenomen değil, medikal uyumu doğrudan

yöneten majör bir klinik dinamik olduğu kanıtlanmıştır. Özellikle öz-etkililik düzeyi yüksek bireylerin diyet düzenleme, düzenli egzersiz yapma ve ilaç tedavisini sürdürme konusunda daha başarılı olduğu gösterilmiştir (Han ve ark., 2014; Darvishpour ve ark., 2022). Tan ve arkadaşları (2021) ile Sarfika ve arkadaşları (2023), öz bakım davranışları ile öz-etkililik arasında kuvvetli bir ilişki bulunduğunu ve bu ilişkinin hipertansiyon kontrolünü doğrudan etkilediğini bildirmiştir.

Güncel hipertansiyon kılavuzları ve uluslararası sağlık kuruluşlarının raporları da bu klinik bulguları destekleyerek tedavi algoritmalarını dönüştürmüştür. 2025 AHA/ACC kılavuzu, farmakolojik müdahalelerin ötesinde hastanın tedavi sürecine aktif katılımını şart koşan "ortak karar alma" (shared decision-making) modelini ve multidisipliner yaklaşımları hipertansiyon regülasyonunun kalbine yerleştirmiştir (Jones ve ark., 2025). Paralel bir yaklaşımla Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, 2025a) son raporu, terapötik uyumu güçlendirmek amacıyla tek tablet kombinasyonları gibi basitleştirilmiş farmakolojik rejimlerin yaygınlaştırılmasını tavsiye ederken; tüm bu farmakoterapi sürecinin sodyum kısıtlaması ve yaşam tarzı modifikasyonları ile eşgüdümlü olarak sürdürülebilmesi için hasta eğitiminin ve yapılandırılmış içgörü geliştirme programlarının elzem olduğunu açıkça beyan etmektedir.

Bu nedenle güncel hipertansiyon yaklaşımı, bireyin pasif tedavi alıcısı olduğu geleneksel modelden uzaklaşarak; hastalık farkındalığı yüksek, öz yönetim becerileri gelişmiş ve klinik karar süreçlerine aktif katılım gösteren birey merkezli bakım anlayışına doğru evrilmektedir.

2.10.3. Hipertansiyon Hastalarında Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörüye Yönelik Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon yönetiminde hemşireler, bireylerin kan basıncı farkındalığını geliştiren, hastalık içgörüsünü güçlendiren ve öz yönetim becerilerini destekleyen temel sağlık profesyonelleri arasında yer almaktadır. Güncel literatür, hipertansiyon yönetiminde hemşirelik mesleğinin sınırlarını geleneksel klinik parametre takibinin çok ötesine taşımaktadır. Hastaların medikal tedaviye uyumsuzluğunun temelinde yatan bilişsel engellerin aşılması ve hastalık algısının yeniden yapılandırılması, modern bakım modellerinin merkezinde yer alır (Spirk ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2022; Gardezi ve

ark., 2023). Dünya Sağlık Örgütü ve uluslararası kılavuzlar, birey merkezli ve multidisipliner ekip temelli yaklaşımların, hastanın otonomisini destekleyerek onu pasif bir hizmet alıcısından aktif bir sağlık yöneticisine dönüştürdüğünü vurgulamaktadır (Jones ve ark., 2025; World Health Organization, 2020). Özellikle antihipertansif ajanlara veya karmaşık tedavi şemalarına yönelik asılsız sağlık inançlarının tespit edilmesi ve bu rasyonel olmayan kaygıların kanıta dayalı danışmanlıkla giderilmesi, farmakolojik direnci kırmada klinik açıdan kritik bir eşittir (Horne ve ark., 1999; Morgado ve ark., 2010).

Bilişsel müdahalelerin somut bir uzantısı olan yapılandırılmış eğitim programları, klinik hedeflerin hasta tarafından bütünüyle içselleştirilmesine olanak tanır. Bireylerin kendi risk profillerini ve potansiyel komplikasyonları doğru analiz edebilmeleri, ancak hemşire liderliğinde yürütülen sistematik bilgilendirme süreçleriyle mümkündür (Broadbent ve ark., 2006; Ross ve ark., 2004). Bu doğrultuda evde kan basıncı izlemi (EKBI), sadece ölçüm verilerinin toplanmasını sağlayan bir sistem değil, aynı zamanda klinik karar süreçlerine katkı sunan öğretici bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Uygun ölçüm cihazının seçimi, postüral kuralların öğretilmesi ve standart protokollerin hastaya benimsetilmesi, elde edilen hemodinamik verilerin güvenilirliğini güvence altına alırken bireyin antihipertansif tedaviye otonom katılımını da destekler (Spirk ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2022).

Kronik hastalık yönetiminde salt teorik bilgi aktarımı, kalıcı davranış değişikliği yaratmada çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Bu noktada hemşirelerin sunduğu düzenli geri bildirim döngüleri, anlık ölçüm sonuçları ile hastanın günlük yaşam tercihleri arasındaki nedensellik bağının kavranmasını kolaylaştırır (Agarwal ve ark., 2011; Jo ve ark., 2019). Nitekim, tedavi uyumu ve öz-etkililik kapasitesi düşük popülasyonlarda uygulanan motivasyonel görüşme teknikleri; DASH diyeti, sodyum kısıtlaması, kilo kontrolü ve düzenli fiziksel aktivite gibi elzem yaşam tarzı modifikasyonlarının sürdürülebilirliğini doğrudan artırmaktadır (Başol ve Özer, 2025; Khairy ve ark., 2021). Bireyin sosyokültürel dinamiklerine özenle entegre edilen bu danışmanlık stratejileri, öz-bakım yeterliliğini maksimize ederek uzun vadeli normotansif durumun korunmasına hizmet eder (Giena ve ark., 2018).

Geleneksel poliklinik kontrollerinin aralıklı yapısından doğan izlem yetersizlikleri, dijital sağlık sistemlerinin hemşirelik pratiğinde kullanılmasıyla büyük ölçüde aşılabilmektedir. Tele-izlem sistemleri ve mobil sağlık uygulamaları, hasta ile sağlık profesyoneli arasında kesintisiz bir iletişim ağı inşa ederek "mekan bağımsız bakım" konseptini hayata geçirir (Band ve ark., 2016; Mengden ve ark., 2001). Uzaktan veri aktarımı ve algoritmik dijital geri bildirim mekanizmaları sayesinde hastalar, kan basıncı tablosundaki dalgalanmalara karşı çok daha proaktif bir tutum geliştirirler (Omboni ve ark., 2016). Tele-hemşirelik uygulamalarının sağladığı bu dinamik gözetim kültürü, bir yandan majör komplikasyon risklerine karşı erken uyarı sistemi işlevi görürken diğer yandan bireyin koruyucu sağlık reflekslerini pekiştirmektedir (Uysal ve Yıldırım, 2025).

Genel olarak değerlendirildiğinde hemşireler, hipertansiyon yönetiminde yalnızca klinik bakım sunan profesyoneller değil; aynı zamanda bireyin hastalığını anlamlandırmasına yardımcı olan, içgörü gelişimini destekleyen, öz yönetim becerilerini güçlendiren ve sürdürülebilir davranış değişikliği oluşturan temel sağlık danışmanları olarak konumlanmaktadır. Güncel literatür, birey merkezli hemşirelik girişimlerinin düzenli izlem, eğitim, davranışsal destek ve dijital sağlık uygulamalarıyla birlikte yürütülmesinin hipertansiyon kontrolünü iyileştirdiğini ve uzun dönem klinik sonuçlara olumlu katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

2.11. Akılcı İlaç Kullanımı

2.11.1. Akılcı İlaç kullanımı Tanımı

Akılcı ilaç kullanımı; bireyin klinik gereksinimine uygun ilacı, doğru dozda, uygun sürede, güvenli uygulama ilkeleri doğrultusunda ve ekonomik açıdan ulaşılabilir biçimde kullanmasını ifade eden sistematik bir sağlık yaklaşımıdır (World Health Organization, 2023; Yalman ve ark., 2022). Bu yaklaşım, yalnızca doğru ilacın reçetelenmesini değil; ilacın güvenli biçimde uygulanmasını, tedavi etkinliğinin düzenli değerlendirilmesini, hasta eğitiminin sürdürülmesini ve terapötik sürecin sürekli izlenmesini kapsayan bütüncül bir klinik yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Religioni ve Pakulska, 2020). Bu süreç, hastalığın doğru değerlendirilmesinden kanıta dayalı farmakolojik seçimin yapılmasına, bireyin tedavi sürecine aktif katılımından ilaç güvenliliğinin korunmasına kadar uzanan multidisipliner ve dinamik bir bakım anlayışını içermektedir. Özellikle

kronik hastalıkların artış göstermesi, yaşlı nüfusun çoğalması ve polifarmasi sıklığındaki yükseliş, akılcı ilaç kullanımını günümüz sağlık sistemlerinin temel önceliklerinden biri hâline getirmiştir (Büyükbayram Genç ve Çitlik Sarıtaş, 2026; Hoccoğlu ve ark., 2011).

2.11.2. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri

Akılcı ilaç kullanımının temelinde; doğru endikasyonun belirlenmesi, bireyin klinik özelliklerine uygun ilacın seçilmesi, güvenli doz planlamasının yapılması ve tedavi sürecinin düzenli olarak değerlendirilmesi yer almaktadır. Bu süreçte ilaç seçiminde etkililik, güvenilirlik, erişilebilirlik ve maliyet-etkinlik temel belirleyici kriterler arasında kabul edilmekte; bunun yanında bireyin yaşı, eşlik eden kronik hastalıkları, böbrek ve karaciğer fonksiyonları, mevcut ilaç kullanımı ve olası ilaç etkileşimleri de tedavi planlamasında dikkate alınmaktadır (Religioni ve Pakulska, 2020). Akılcı farmakoterapinin klinik uygulamalara sistematik biçimde entegre edilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ile Groningen Üniversitesi iş birliği doğrultusunda geliştirilen yaklaşım, tedavi sürecini belirli aşamalar üzerinden standardize etmektedir. Bu modelde öncelikle hastanın medikal probleminin doğru tanımlanması ve hedeflenen terapötik yanıtın netleştirilmesi gerekmekte; ardından farmakolojik olmayan seçeneklerin yeterliliği değerlendirilerek etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütleri doğrultusunda bireye özgü en uygun ilacın seçimi önerilmektedir (Hoccoğlu ve ark., 2011). Sürecin devamında reçetenin tıbbi ve yasal standartlara uygun biçimde düzenlenmesi, hastanın ilaç kullanımına ilişkin ayrıntılı bilgilendirilmesi ve tedavi sonuçlarının düzenli biçimde izlenmesi akılcı ilaç kullanımının temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Çakmak ve Çınar Pakyüz, 2021; Yalman ve ark., 2022).

Güncel olan mevcut çalışmalar hasta eğitiminin akılcı ilaç kullanımının sürdürülebilirliği açısından kritik bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır. Hastanın ilacın kullanım amacı, uygulama zamanı, olası yan etkileri ve tedavi sürecindeki önemi konusunda yeterli bilgiye sahip olması, tedaviye uyum ve klinik başarı üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (Çakmak ve Çınar Pakyüz, 2021). Benzer şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerin doğru ilaç kullanımı, güvenli ilaç davranışı geliştirme ve tedaviye ilişkin bilinçli karar verme süreçlerinde daha başarılı olduğu bildirilmektedir (Yalman ve ark., 2022). Özellikle hipertansiyon hastalarında düzenli kan basıncı izlemi, poliklinik kontrollerinin sürdürülmesi ve hastalığa yönelik farkındalığın artırılması, akılcı ilaç

kullanım davranışını güçlendiren temel unsurlar arasında gösterilmektedir (Tör ve Tosun, 2020). Bu duruma ek olarak güncel farmakolojik çalışmalar, antihipertansif ilaçların biyoyararlanımını artırmaya yönelik yeni ilaç taşıma sistemlerine odaklanmakta; özellikle lipid bazlı taşıyıcı sistemlerin ilaç emilimini artırarak yan etki profilini azaltabileceği ve tedavi etkinliğini iyileştirebileceği bildirilmektedir (Preeti ve ark., 2024).

2.11.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sağlık Sistemine Etkileri

Akılcı olmayan ilaç kullanımı; gereksiz ve endikasyonsuz ilaç tüketimi, reçetesiz ilaç kullanımı, yanlış doz uygulamaları, uygunsuz antibiyotik kullanımı, tedavinin yarıda bırakılması, polifarmasi ve bireylerin kendi kendine ilaç değişikliği yapması gibi çok boyutlu hatalı ilaç davranışlarını kapsamaktadır (Barış ve Hacer, 2025; Yalman ve ark., 2022). Bu irrasyonel uygulamalar yalnızca bireysel tedavi başarısını olumsuz etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda toplum sağlığını tehdit eden önemli klinik ve sosyoekonomik sonuçlara da yol açmaktadır. Güncel çalışmalar, yanlış ilaç kullanımının ilaç etkileşimlerinde artış, toksisite gelişimi, tedavi başarısızlığı, antimikrobiyal direnç oluşumu ve hastaneye yatış oranlarında yükselme ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Religioni ve Pakulska, 2020; Büyükbayram Genç ve Çitlik Sarıtaş, 2026). Özellikle geriatrik popülasyonda sık görülen çoklu ilaç kullanımı, yaşlanmaya bağlı fizyolojik rezerv kaybı ile birleştğinde morbidite ve mortalite riskini belirgin biçimde artırmaktadır (Büyükbayram Genç ve Çitlik Sarıtaş, 2026).

Hipertansiyon hastalarında antihipertansif tedavinin düzensiz sürdürülmesi, kontrolsüz kan basıncı ve hedef organ hasarı gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Özellikle inme, kalp yetersizliği, böbrek hasarı ve kardiyovasküler mortalite gelişiminde ilaç uyumsuzluğunun belirleyici rol oynadığı bildirilmektedir (Preeti ve ark., 2024). Yapılan araştırmalar antihipertansif tedaviye uyumsuzluğun oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Tör ve Tosun'un (2020) çalışmasında hastaların yalnızca yarısının tedaviye uyum gösterdiği belirtilirken, Deniz Akan ve arkadaşları (2020) hipertansiyon hastalarının büyük bölümünde ilaç kullanımına ilişkin uyum sorunları bulunduğunu ifade etmektedir. Bunun yanında düşük eğitim düzeyi, yetersiz hastalık bilgisi, ilaç yan etkilerine ilişkin kaygılar ve tedaviye yönelik yanlış inançların ilaç uyumsuzluğu riskini artırdığı bildirilmektedir (Oğuz ve ark., 2019).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sağlık sistemleri açısından da önemli sonuçlar doğurmaktadır. Gereksiz ilaç tüketimi ve uygunsuz tedavi uygulamaları sağlık harcamalarını artırırken; komplikasyon gelişimi, ek tedavi gereksinimi ve hastane yatışları sağlık sistemine ciddi ekonomik yük oluşturmaktadır (Religioni ve Pakulska, 2020; Yalman ve ark., 2022). Bunun yanında ilaç güvenliğinin bozulması, hasta güvenliği açısından kritik bir risk alanı oluşturmaktadır. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle yürütülen bir çalışmada, akılcı ilaç kullanım düzeyi azaldıkça tıbbi hata eğiliminin arttığı gösterilmiş; bu durumun sağlık bakım kalitesi üzerinde doğrudan etkili olduğu belirtilmiştir (Barış ve Hacer, 2025). Güncel veriler, akılcı olmayan ilaç kullanımının yalnızca bireysel bir problem olmadığını; klinik sonuçları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve toplum sağlığını çok yönlü biçimde etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

2.11.4. Akılcı İlaç Kullanımının Hipertansiyon Kontrolü ve Tedavi Sürecindeki Rolü

Hipertansiyon yönetiminde temel amaç, kan basıncının hedef düzeylerde sürdürülebilir biçimde kontrol altına alınması ve buna bağlı gelişebilecek kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesidir. Sessiz ilerleyen kronik bir sendrom olarak değerlendirilen hipertansiyon, hedef organ hasarının engellenebilmesi için yaşam boyu düzenli farmakoterapi ve sürekli klinik izlem gerektirmektedir (Tör ve Tosun, 2020). Bu süreçte akılcı ilaç kullanımı, yalnızca farmakolojik etkinliğin sağlanması açısından değil; komplikasyonların azaltılması, yaşam kalitesinin korunması ve sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesi bakımından da tedavi başarısının temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Preeti ve ark., 2024). Yapılan çalışmalarda, antihipertansif ilaçların düzenli ve doğru kullanımının kan basıncı kontrolünü iyileştirdiğini, hemodinamik regülasyonu desteklediğini ve kardiyovasküler olay riskini azalttığını göstermektedir (Tör ve Tosun, 2020). Buna karşın antihipertansif ajanların irrasyonel biçimde kesilmesi, doz atlanması veya önerilen zaman aralıkları dışında kullanılması; vasküler direncin kontrol altına alınamamasına, hedef organ hasarına ve inme ya da akut miyokard enfarktüsü gibi yaşamı tehdit eden klinik tabloların gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Çakmak ve Çınar Pakyüz, 2021).

Hipertansiyon tedavisinde bireyin hastalık bilgisi ile ilaç tedavisine uyumu arasında güçlü bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir. Hastalığı hakkında eğitim alan, düzenli kan basıncı ölçümü yapan ve poliklinik kontrollerini sürdüren bireylerin antihipertansif tedaviye daha yüksek düzeyde uyum gösterdiği belirtilmektedir (Deniz Akan ve ark., 2020; Tör ve Tosun, 2020). Özellikle düzenli öz-ölçüm yapan bireylerde hedef kan basıncı farkındalığının arttığı ve bireylerin tedavi sürecine daha aktif katılım gösterdiği ifade edilmektedir. Bunun yanında antihipertansif ilaçlara yönelik olumsuz inanç geliştirilmesi, yanlış doz uygulamaları ve tedavinin erken bırakılması gibi davranışların hipertansiyon kontrolünü güçleştirdiği vurgulanmaktadır (Oğuz ve ark., 2019; Deniz Akan ve ark., 2020). Klinik veriler, reçete edilen tedaviye tam uyum sağlayan bireylerde kan basıncı regülasyonunun daha başarılı olduğunu ortaya koymasına rağmen, dünya genelinde hastaların önemli bir bölümünün halen yetersiz tedavi uyumu göstermesi hipertansiyon kontrolündeki temel sorunlardan biri olarak değerlendirilmektedir (Tör ve Tosun, 2020; Şen Gökçeimam ve ark., 2022).

Tedavi yönetiminde yalnızca farmakolojik yaklaşım yeterli görülmemekte; diyet düzenlenmesi, tuz kısıtlaması, fiziksel aktivite, kilo kontrolü ve sigara bırakma gibi yaşam tarzı değişikliklerinin ilaç tedavisiyle birlikte sürdürülmesi gerektiği belirtilmektedir (Oğuz ve ark., 2019; Kars Fertelli, 2025). Özellikle ilaçlara yönelik olumlu inanç geliştiren bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bununla beraber son yıllarda antihipertansif tedavinin etkinliğini artırmaya yönelik yeni farmasötik sistemlerin geliştirilmesi dikkat çekmektedir. Özellikle lipid bazlı ilaç taşıma sistemlerinin antihipertansif ajanların biyoyararlanımını artırdığı, yan etki profilini azalttığı ve daha stabil antihipertansif etki sağladığı ifade edilmektedir (Preeti ve ark., 2024). Bu gelişmeler, hipertansiyon yönetiminde akılcı ilaç kullanımının yalnızca bireysel ilaç davranışlarıyla sınırlı olmadığını; aynı zamanda güncel farmakolojik teknolojiler ve multidisipliner tedavi yaklaşımları ile desteklenen kapsamlı bir süreç olduğunu göstermektedir.

2.11.5. Hipertansiyon Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon yönetiminde akılcı ilaç kullanımının sürdürülebilir biçimde sağlanabilmesi, yalnızca doğru farmakolojik tedavinin planlanmasına değil; aynı

zamanda hastanın tedavi sürecine aktif katılımının desteklenmesine bağlıdır. Bu süreçte hemşireler, hasta eğitimi, ilaç danışmanlığı, düzenli izlem, davranış değişikliği desteği ve tedaviye uyumun güçlendirilmesi gibi çok boyutlu sorumluluklar üstlenen temel sağlık profesyonelleri arasında yer almaktadır (Ayruk ve Gök Uğur, 2022). Güncel hipertansiyon kılavuzları da ekip temelli bakım modellerinin, özellikle kronik hastalık yönetiminde tedaviye erişimi kolaylaştırdığını, ilaç uyumunu artırdığını ve uzun dönem kan basıncı kontrolünü desteklediğini vurgulamaktadır (Jones ve ark., 2025). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirelerin aktif rol alması, hipertansiyonun sessiz ilerleyen doğası nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde önlenmesine katkı sağlamaktadır.

Hemşirelik bakımında yapılandırılmış eğitim programlarının sağlık okuryazarlığını geliştirdiği, bireylerin antihipertansif tedaviye ilişkin bilgi düzeyini artırdığı ve akılcı ilaç kullanım davranışlarını güçlendirdiği bildirilmektedir (Semerci Çakmak, 2024). Eğitim sonrası kan basıncı düzeylerinde gözlenen anlamlı düşüşler, hemşirelik girişimlerinin yalnızca bilişsel farkındalık oluşturmadağını; aynı zamanda klinik sonuçlar üzerinde de doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Bunun yanında telefon danışmanlığı, uzaktan izlem uygulamaları ve bireyselleştirilmiş takip görüşmelerinin antihipertansif tedaviye uyumu artırdığı belirtilmektedir (Ayruk ve Gök Uğur, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2025 hipertansiyon raporunda da dijital sağlık uygulamaları, mobil hatırlatma sistemleri ve ekip temelli bakım modellerinin uzun dönem tedavi devamlılığını güçlendiren temel stratejiler arasında yer aldığı vurgulanmaktadır.

Özellikle yaşlı hipertansiyon hastalarında polifarmasi, ilaç saatlerinin karıştırılması, doz atlama, yan etki korkusu ve unutkanlık gibi sorunların tedavi uyumunu önemli ölçüde olumsuz etkilediği bilinmektedir. Hemşire izlemiyle yürütülen düzenli değerlendirme süreçlerinin, bu risklerin erken dönemde belirlenmesini sağlayarak ilaç güvenliğini artırdığı bildirilmektedir (Büyükbayram Genç ve Çitlik Sarıtaş, 2026). Bununla beraber hemşireler yalnızca ilaç kullanım davranışlarını değil; bireyin psikolojik durumu, sağlık algısı, motivasyonu ve öz-etkililik düzeyini de değerlendirmektedir. Bilinçli farkındalık düzeyi yüksek bireylerde antihipertansif tedaviye uyumun daha başarılı olduğu, spiritüel iyi oluş ve öz-etkililik algısının ise tedavi devamlılığını desteklediği belirtilmektedir (Şen Gökçeimam ve ark., 2022; Aşiret ve Okatan, 2019). Bu nedenle güncel hemşirelik

yaklaşımı, bireyin biyopsikososyal gereksinimlerini bütüncül biçimde ele alan hasta merkezli bakım modellerini ön plana çıkarmaktadır (James ve ark., 2020).

Klinik uygulamada hemşireler; antihipertansif ilaçların doğru kullanım zamanı, açlık-tokluk ilişkisi, olası yan etkileri, ilaç-besin etkileşimleri ve uygun saklama koşulları konusunda danışmanlık sağlayarak hasta güvenliğinin korunmasına katkıda bulunmaktadır (Çakmak ve Çınar Pakyüz, 2021). Ayrıca bireylerin semptom hissetmediği dönemlerde ilacı bırakması, çevresel öneriler doğrultusunda tedavi rejimini değiştirmesi veya reçetesiz ilaç kullanımına yönelmesi gibi irrasyonel davranış örüntülerinin erken dönemde fark edilmesi ve önlenmesinde hemşirelik izlemi kritik önem taşımaktadır (Tör ve Tosun, 2020). Akılcı olmayan ilaç kullanımının tıbbi hata riskini artırdığı göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin farmakolojik uyum bariyerlerini sistematik biçimde değerlendirmesi hasta güvenliği açısından koruyucu bir mekanizma oluşturmaktadır (Barış ve Hacer, 2025).

Güncel yayımlanan uluslararası kılavuzlar, hipertansiyon yönetiminde multidisipliner ekip yaklaşımının tedavi başarısını belirgin şekilde artırdığını ortaya koymaktadır. Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyoloji Koleji tarafından yayımlanan 2025 hipertansiyon rehberinde; hemşireler, eczacılar, diyetisyenler ve toplum sağlığı çalışanlarının yer aldığı ekip temelli bakım modellerinin, ilaç erişimindeki engellerin azaltılmasında ve sürdürülebilir kan basıncı kontrolünün sağlanmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda hemşireler, hipertansiyon hastalarında yalnızca bakım uygulayıcı rolüyle değil; tedavi koordinasyonu sağlayan, öz-yönetim becerilerini geliştiren ve akılcı ilaç kullanımını destekleyen temel profesyoneller olarak değerlendirilmektedir.

2.12. Kan Basıncı Farkındalığı ve İlgörü İle Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki

Kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsü, hipertansiyon yönetiminde akılcı ilaç kullanımını belirleyen temel bilişsel ve davranışsal bileşenler arasında yer almaktadır. Hipertansiyonun çoğu zaman asemptomatik ilerlemesi, bireylerin hastalığın ciddiyetini yeterince algılayamamasına ve tedavi gereksinimini ikinci plana atmasına neden olabilmektedir. Bu durum, antihipertansif tedaviye uyumsuzluk, düzensiz ilaç kullanımı ve kontrolsüz kan basıncı gibi önemli klinik sorunları beraberinde getirmektedir (Tör ve

Tosun, 2020). Özellikle hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan bireylerde ilaçların yanlış zamanlarda kullanılması, doz atlama veya semptom görülmediğinde tedavinin bırakılması gibi irrasyonel ilaç davranışlarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Semerci Çakmak, 2024).

Güncel olarak yapılan çalışmalar hipertansiyon bilgi düzeyi ile antihipertansif tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Hastalığın komplikasyonları konusunda farkındalık geliştiren bireylerin, ilaç kullanımına ilişkin sorumluluk alma davranışlarının güçlendiği ve öz bakım uygulamalarını daha sürdürülebilir biçimde yürüttüğü belirtilmektedir (Deniz Akan ve ark., 2020). Düzenli kan basıncı ölçümü yapan bireylerde hedef değerlere ilişkin farkındalığın arttığı, bu durumun ise ilaç kullanım davranışlarını daha bilinçli hale getirdiği ifade edilmektedir (Tör ve Tosun, 2020). Özellikle evde kan basıncı izleminin bireyin kendi fizyolojik durumunu somut biçimde gözlemlemesini sağladığı ve tedavi sürecine aktif katılımı desteklediği bildirilmektedir. FIRST çalışmasında (First International Study on Self Blood Pressure Monitoring), düzenli ev ölçümü yapan bireylerde hedef kan basıncı farkındalığının belirgin biçimde arttığı ve tedavi kontrol oranlarının daha başarılı olduğu gösterilmiştir (Spirk ve ark., 2018).

Hastalık içgörüsü, bireyin yalnızca hipertansiyon tanısına sahip olduğunu bilmesini değil; hastalığın kronik doğasını kavrayarak uzun dönem tedavi gereksinimini benimsemesini de kapsamaktadır. İçgörü düzeyi yüksek bireylerin antihipertansif tedaviye daha yüksek uyum gösterdiği, yaşam tarzı değişikliklerini daha sürdürülebilir biçimde uyguladığı ve kan basıncı kontrol oranlarının daha başarılı olduğu bildirilmektedir (Ross ve ark., 2004; Herttua ve ark., 2013). Bunun yanında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, bireylerin ilaç prospektüslerini anlamasını ve reçete talimatlarını doğru yorumlamasını güçleştirerek akılcı ilaç kullanım davranışını olumsuz etkileyebilmektedir (Yalman ve ark., 2022). Özellikle ileri yaş gruplarında polifarmasi, bilişsel yetersizlikler ve kronik hastalık yükü tedavi sürecini daha kompleks hale getirmektedir (Büyükbayram Genç ve Çitlik Sarıtaş, 2026).

Psikososyal faktörlerin de kan basıncı farkındalığı ve akılcı ilaç kullanımı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Tedavi motivasyonunun düşük olması, ilaç yan etkilerine yönelik kaygılar, stres düzeyi ve sosyal destek eksikliği bireylerin tedaviye bağlılığını

azaltabilmektedir (Cooke ve ark., 2007; Morgado ve ark., 2010). Buna karşılık bilinçli farkındalık düzeyi yüksek bireylerin bedensel değişimleri daha erken fark ettiği, stres yönetimini daha etkili sağladığı ve antihipertansif tedaviye daha güçlü bağlılık geliştirdiği bildirilmektedir. Ayrıca bireyin komplikasyon riskine yönelik farkındalık geliştirmesi; tuz kısıtlaması, fiziksel aktivite, sigara bırakma ve düzenli ilaç kullanımı gibi öz bakım davranışlarının sürekliliğini desteklemektedir (Şen Gökçeimam ve ark., 2022).

Hipertansiyon yönetiminde kan basıncı farkındalığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin güçlendirilmesinde sağlık profesyonellerinin rehberliği önemli rol oynamaktadır. Özellikle hemşire liderliğinde yürütülen eğitim ve danışmanlık programlarının, bireylerin hastalık içgörüsünü artırdığı, ilaç kullanım davranışlarını düzenlediği ve tedaviye uyumu geliştirdiği bildirilmektedir (Ayruk ve Gök Uğur, 2022). Dünya Sağlık Örgütü güncel raporunda birey merkezli bakım modelleri, düzenli kan basıncı izlemi ve toplum temelli eğitim stratejilerinin hipertansiyon kontrolünün sürdürülebilirliği açısından temel yaklaşımlar arasında yer aldığı vurgulanmaktadır (World Health Organization, 2025a).

Sonuç olarak kan basıncı farkındalığı, hastalık içgörüsü, sağlık okuryazarlığı ve bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışlarının güçlendiği görülmektedir. Hipertansiyon yönetiminde başarılı klinik sonuçlara ulaşılabilmesi için yalnızca farmakolojik tedavinin değil; bireyin hastalığı algılama biçiminin, öz-yönetim kapasitesinin ve tedaviye ilişkin davranışsal farkındalığının da bütüncül biçimde ele alınması gerekmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, nicel araştırma deseninde tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte planlanmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Eylül 2025-Haziran 2026 tarihleri arasında Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri, ilgili kliniklerde yatarak tedavi gören hipertansiyon hastalarından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eylül 2025- Haziran 2026 tarihleri arasında ise Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hipertansiyon tanılı bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve veri toplama sürecini eksiksiz tamamlayan toplam 206 hipertansiyon hastası oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı almış olmak,
- Sözel iletişim engelinin bulunmaması,
- Tanılanmış psikiyatrik hastalığının bulunmaması,
- Bilişsel bir probleminin olmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü G*Power 3.0.10 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Güç analizinde I. tip hata miktarı 0.05, etki büyüklüğü 0.26 ve araştırmanın gücü 0.80 olarak kabul edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda çalışma toplam 206 birey ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu vb.), hastalığa ilişkin özellikleri (hipertansiyon tanı süresi, ilaç kullanım durumu, ilaç sayısı, ek hastalık varlığı, düzenli kan basıncı ölçümü yapma durumu, doktor kontrolüne gitme durumu vb.) oluşturmaktadır.

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise Hipertansiyon Hastalarında Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Hasta Tanıtım Formu”, “Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFİÖ)” ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Bu form, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Williams ve ark., 2018; Choudhry ve ark., 2022; Babazadeh ve ark., 2024; Ruksakulpiwat ve ark., 2024). Form; Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, hipertansiyon tanı süresi gibi toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFİÖ)

Bu ölçek, Gerretsen ve arkadaşları (2018) tarafından hipertansiyon hastalarında kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsünü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları (2022) tarafından yapılmıştır. KFİÖ, hipertansiyona özgü hastalık farkındalığını değerlendiren, 10’lu Likert tipinde yanıtlanan 8 maddelik bir ölçektir. Ölçek; genel hastalık farkındalığı, semptom katkısı, tedavi gereksinimi farkındalığı ve negatif sonuçların farkındalığı olmak üzere

dört farkındalık alanını değerlendirmektedir. Ölçekte 1. madde semptom katkısını, 2., 4. ve 7. maddeler genel hastalık farkındalığını, 3., 5. ve 8. maddeler tedavi gereksinimi farkındalığını, 6. madde ise hipertansiyona bağlı olumsuz sonuçların farkındalığını ölçmektedir. Ölçekte iki madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsü düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2022). Bu çalışmada ise KFİÖ toplam Cronbach alfa katsayısı 0.764 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlardan Genel Hastalık Farkındalığı için Cronbach alfa değeri 0.548, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı için 0.508 olarak belirlenmiştir.

3.5.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

Bu ölçek, Göçer ve arkadaşları (2022) tarafından erişkin bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalık ve davranış düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin ilaç kullanımına ilişkin tutumlarını değerlendiren 4'lü Likert tipinde bir ölçme aracıdır. Ölçekte yer alan maddeler “1=Hiçbir Zaman”, “2=Nadiren”, “3=Çoğunlukla” ve “4=Her Zaman” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek toplam 17 maddeden oluşmakta olup, “Özyeterlik”, “Duyarlılık” ve “Önemseme/Algılanan Ciddiyet” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 17-85 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalık ve olumlu davranış düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Göçer ve ark., 2022). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.86; alt boyutların Cronbach alfa katsayıları ise akılcı ilaç kullanım farkındalığı için 0.945, algılanan ciddiyet/önemseme için 0.948, özyeterlik için 0.85 ve duyarlılık için 0.80 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.873 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlara ait Cronbach alfa katsayıları ise Özyeterlik alt boyutu için 0.826, Duyarlılık alt boyutu için 0.781 ve Ciddiyet/Önemseme alt boyutu için 0.804 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamındaki veriler, araştırmacı tarafından hastalarla gerçekleştirilen birebir görüşmeler aracılığıyla elde edilmiştir. Veri toplama aşamasında bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılmış ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi

doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Tanıtım Formu”, “KFiÖ” ile “AİKÖ” kullanılmıştır. Her bir görüşme ortalama olarak 10–15 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS for Windows 22 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kapsamında sayı, yüzde, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapma değerlerinden yararlanılmış; ayrıca çalışmanın amacına uygun istatistiksel analiz yöntemleri uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu ise çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) katsayılarının ± 2 aralığında olması dikkate alınarak değerlendirilmiştir (Büyüköztürk, 2014).

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Regresyon Analizi	
Verilerin normallik dağılımı	Cronbach α kat sayısı	
	Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu (29.08.2024 tarihli 07-08/21 karar numaralı)’ndan gerekli etik kurul izni (Ek-2) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı kurum izni (Ek-3) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere çalışmanın amacı ve uygulanış süreci hakkında gerekli bilgilendirme yapılmış, araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı ve hastaların istedikleri aşamada çalışmadan

çekilebilecekleri belirtilmiştir. Araştırmaya dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek-4) alınmıştır. Araştırma sürecinde elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılmış, hastaların kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma yalnızca Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hipertansiyon hastaları ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma sonuçları yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının öz-bildirim temelli olması bireylerin yanıtlarını subjektif değerlendirmelerine neden olabilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişkenler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	112	54.4
	Erkek	94	45.6
Medeni Durum	Evli	176	85.4
	Bekar	30	14.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	67	32.5
	Çalışmıyor	139	67.5
Meslek	Ev hanımı	82	39.8
	Esnaf	20	9.7
	Memur	33	16.0
	Emekli	50	24.3
	İşçi	16	7.8
	Çiftçi	5	2.4
	Okur yazar değil	40	19.4
Eğitim Durumu	Okur yazar	29	14.1
	İlkokul	51	24.8
	Ortaöğretim	18	8.7
	Lise	32	15.5
	Lisans ve üstü	36	17.5
	Var	111	53.9
	Yok	95	46.1
Hipertansiyon İlaçlarını Düzenli Alma Durumu	Evet	181	87.9
	Hayır	25	12.1
Hipertansiyon İlaç Sayısı	1.00	157	76.2
	2.00	42	20.4
	3.00	7	3.4
Düzenli Kan Basıncı Ölçümü	Evet	112	54.4
	Hayır	94	45.6
Evde Kan Basıncı Ölçüm Sıklığı	Günde bir kez	28	25.0
	Günde 2 kez	31	27.7
	Haftada birkaç kez	36	32.1
	Nadiren	17	15.2
Doktor Kontrolüne Düzenli Gitme	Evet	133	64.6
	Hayır	73	35.4
Hastalığa Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	94	45.6
	Hayır	112	54.4
İlaç Tedavisine Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	103	50.0
	Hayır	103	50.0
Sigara Kullanım Durumu	Evet	71	34.5
	Hayır	135	65.5

Tablo 4.1. (Devamı) Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişkenler	Kategori			n	%
Alkol Kullanım Durumu	Evet			18	8.7
	Hayır			188	91.3
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	206	30	96	60.17	13.12
Tanı süresi	206	1	50	10.55	9.13
BKI	206	16	48	28.26	5.09
Sistolik kan basıncı	206	100	210	141.55	16.70
Diastolik kan basıncı	206	50	120	85.44	10.84
Açlık kan şekeri	206	70	286	116.45	37.42
Hb1c	206	4	12	5.88	1.25

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, hastaların %54.4’ü kadındır, %85.4’ü evlidir, %67.5’i çalışmamaktadır ve %39.8’i ev hanımıdır. Hastaların %24.8’i ilköğretim mezunudur, %53.9’unun ek hastalığı vardır, %87.9’u HT ilaçlarını düzenli almaktadır ve %76.2’sinin aldığı 1 tane HT ilacı vardır. Hastaların %54.4’ü düzenli kan basıncı ölçümü yapmaktadır, %32.1’i haftada birkaç defa evde kan basıncı ölçümü yapmaktadır, %64.6’sı doktor kontrolüne düzenli gitmektedir ve %54.4’ü hastalığa yönelik eğitim almamıştır. Hastaların %50’si ilaç tedavisine yönelik eğitim almıştır, %65.5’i sigara ve %91.3’ü alkol kullanmamaktadır. Hastaların yaş ortalaması 60.17 ± 13.12 , ortalama tanı süresi 10.55 ± 9.13 yıl, ortalama BKI 28.26 ± 5.09 , ortalama SKB 141.55 ± 16.70 , ortalama DKB 85.44 ± 10.84 , ortalama AKŞ 116.45 ± 37.42 ve ortalama HbA1c düzeyi 5.88 ± 1.25 ’dir.

Tablo 4.2. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	N	Min.	Max.	Ort.	SS.
Genel Hastalık Farkındalığı	206	2	10	6.67	1.82
Semptom Katkısı	206	0	10	6.23	2.67
Tedavi Gereksinimi Farkındalığı	206	2	10	6.29	1.63
Negatif Sonuçların Farkındalığı	206	0	10	6.79	2.52
Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği	206	2	10	6.49	1.63
Özyeterlik	206	9	28	23.35	4.10
Duyarlılık	206	11	24	21.01	3.08
Önemseme	206	10	28	20.18	4.28
Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	206	34	80	64.54	8.93

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi hastalar, Genel Hastalık Farkındalığı alt boyutundan 6.67 ± 1.82 , Semptom Katkısı alt boyutundan 6.23 ± 2.67 , Tedavi Gereksinimi Farkındalığı alt boyutundan 6.29 ± 1.63 , Negatif Sonuçların Farkındalığı alt boyutundan 6.79 ± 2.52 puan ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü ölçek toplamından 6.49 ± 1.63 puan almışlardır.

Hastalar Özyeterlik alt boyutundan 23.35 ± 4.10 , Duyarlılık alt boyutundan 21.01 ± 3.08 , Önemseme alt boyutundan 20.18 ± 4.28 puan ve Akılcı İlaç Kullanımı ölçek toplamından 64.54 ± 8.93 puan almışlardır.

Tablo 4.3. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Kan Basıncı Farkındalığı-İlgörü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	Genel Hastalık Farkındalığı		Semptom Katkısı		Tedavi Gerekisini Farkındalığı		Negatif Sonuçların Farkındalığı		Kan Basıncı Farkındalığı-İlgörü Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	112	6.73	1.94	6.36	2.69	6.40	1.63	7.03	2.52	6.63	1.67
	Erkek	94	6.59	1.66	6.07	2.65	6.16	1.64	6.50	2.51	6.33	1.59
	Test ve Önemlilik		t=0.527		t=0.756		t=1.057		t=1.496		t=1.298	
			p=0.599		p=0.450		p=0.292		p=0.136		p=0.196	
Medeni Durum	Evli	176	6.64	1.83	6.13	2.64	6.27	1.65	6.72	2.53	6.44	1.65
	Bekar	30	6.81	1.75	6.80	2.80	6.41	1.58	7.20	2.50	6.81	1.50
	Test ve Önemlilik		t=-0.476		t=-1.272		t=-0.422		t=-0.971		t=-1.132	
			p=0.635		p=0.205		p=0.673		p=0.333		p=0.259	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	67	6.35	1.88	5.39	2.81	6.39	1.84	6.22	2.85	6.09	1.78
	Çalışmıyor	139	6.82	1.77	6.63	2.51	6.25	1.53	7.06	2.31	6.69	1.53
	Test ve Önemlilik		t=-1.720		t=-3.207		t=0.562		t=-2.242		t=-2.494	
			p=0.087		p=0.002		p=0.575		p=0.026		p=0.013	
Meslek	Ev hanımı	82	6.85	1.93	6.84	2.45	6.46	1.60	7.15	2.39	6.83	1.59
	Esnaf	20	6.98	1.57	6.20	2.44	6.60	1.66	6.75	2.43	6.63	1.25
	Memur	33	6.27	2.08	5.00	3.07	6.15	2.12	6.09	2.83	5.88	2.02
	Emekli	50	6.76	1.52	6.60	2.38	6.13	1.20	7.24	2.04	6.68	1.20
	İşçi	16	6.17	1.67	5.19	2.93	6.56	1.45	5.81	3.45	5.93	1.95
	Çiftçi	5	5.53	1.64	4.00	2.35	4.07	1.50	4.20	1.48	4.45	1.30
	Test ve Önemlilik		F=1.274		F=3.899		F=2.486		F=2.802		F=3.984	
			p=0.276		p=0.002		p=0.033		p=0.018		p=0.002	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	40	6.78	1.70	6.93	2.67	6.48	1.47	7.50	2.14	6.92	1.61
	Okur yazar	29	6.64	1.91	5.86	2.52	6.23	1.48	7.00	1.98	6.43	1.60
	İlkokul	51	6.46	1.70	6.06	2.47	6.10	1.49	6.96	2.52	6.39	1.53
	Ortaöğretim	18	7.30	1.63	6.67	2.66	6.85	1.45	5.94	2.96	6.69	1.69
	Lise	32	6.92	1.79	7.28	2.39	6.33	1.82	6.63	2.56	6.79	1.45
	Lisans ve üstü	36	6.31	2.10	4.83	2.77	6.11	2.02	6.14	2.91	5.85	1.84
	Test ve Önemlilik		F=0.990		F=4.033		F=0.763		F=1.656		F=2.015	
			p=0.425		p=0.002		p=0.578		p=0.147		p=0.078	

Tablo 4.3. (Devamı) Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Genel Hastalık Farkındalığı		Semptom Katkısı		Tedavi Gerekisini Farkındalığı		Negatif Sonuçların Farkındalığı		Kan Basıncı Farkındalığı- İçgörü Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Ek Hastalık Varlığı	Var	111	6.96	1.72	6.57	2.60	6.52	1.48	7.04	2.57	6.77	1.58
	Yok	95	6.32	1.87	5.83	2.70	6.03	1.77	6.49	2.45	6.17	1.65
	Test ve Önemlilik		t=2.536		t=1.987		t=2.155		t=1.539		t=2.666	
			p=0.012		p=0.048		p=0.032		p=0.125		p=0.008	
Hipertansiyon	Evet	181	6.78	1.79	6.38	2.53	6.43	1.53	6.91	2.40	6.63	1.48
İlaçlarını Düzenli	Hayır	25	5.80	1.82	5.12	3.35	5.35	2.07	5.88	3.23	5.54	2.30
Alma Durumu	Test ve Önemlilik		t=2.577		t=1.814		t=2.516		t=1.539		t=2.303	
			p=0.011		p=0.080		p=0.018		p=0.135		p=0.029	
	1.00	157	6.58	1.78	6.03	2.61	6.17	1.69	6.58	2.46	6.34	1.62
	2.00	42	6.95	2.00	6.83	2.86	6.73	1.47	7.64	2.46	7.04	1.64
Hipertansiyon İlaç Sayısı	3.00	7	6.90	1.33	7.14	2.41	6.52	0.86	6.29	3.55	6.71	1.35
	Test ve Önemlilik		F=0.768		F=1.962		F=2.055		F=3.146		F=3.190	
			p=0.465		p=0.143		p=0.131		p=0.045		p=0.043	
	Düzenli Kan	Evet	112	6.83	1.84	6.46	2.40	6.41	1.73	6.86	2.52	6.64
Basıncı Ölçümü	Hayır	94	6.47	1.77	5.95	2.95	6.15	1.51	6.70	2.54	6.32	1.67
	Test ve Önemlilik		t=1.430		t=1.389		t=1.144		t=0.438		t=1.421	
			p=0.154		p=0.166		p=0.254		p=0.662		p=0.157	
	Evde Kan Basıncı	Günde bir kez	28	6.75	2.14	6.57	2.28	6.26	1.84	7.43	2.64	6.75
Ölçüm Sıklığı	Günde 2 kez	31	7.16	1.73	6.87	2.53	6.69	1.57	7.32	2.77	7.01	1.71
	Haftada birkaç kez	36	6.74	1.84	6.83	2.21	6.45	1.75	6.97	2.12	6.75	1.30
	Nadiren	17	6.55	1.55	4.76	2.19	6.08	1.86	4.82	1.59	5.55	1.38
	Test ve Önemlilik		F=0.506		F=3.688		F=0.543		F=5.055		F=3.521	
		p=0.679		p=0.014		p=0.654		p=0.003		p=0.018		
Doktor Kontrolüne	Evet	133	6.66	1.93	5.96	2.73	6.22	1.63	6.59	2.57	6.36	1.62
Düzenli Gitme	Hayır	73	6.68	1.59	6.71	2.50	6.42	1.64	7.15	2.42	6.74	1.65
	Test ve Önemlilik		t=-0.066		t=-1.942		t=-0.846		t=-1.539		t=-1.616	
			p=0.947		p=0.054		p=0.398		p=0.125		p=0.108	

Tablo 4.3. (Devamı) Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

			Genel Hastalık Farkındalığı		Semptom Katkısı		Tedavi Gerekisini Farkındalığı		Negatif Sonuçların Farkındalığı		Kan Basıncı Farkındalığı- İçgörü Ölçeği		
			n	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Hastalığa Yönelik Eğitim Alma Durum	Evet	94	6.58	1.95	5.59	2.75	6.25	1.67	6.59	2.52	6.25	1.57	
	Hayır	112	6.74	1.70	6.77	2.49	6.33	1.61	6.96	2.53	6.70	1.67	
	Test ve Önemlilik		t=-0.604 p=0.547		t=-3.241 p=0.001		t=-0.343 p=0.732		t=-1.049 p=0.296		t=-1.966 p=0.051		
İlaç Tedavisine Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	103	6.70	1.95	5.74	2.64	6.33	1.69	6.49	2.61	6.31	1.59	
	Hayır	103	6.63	1.67	6.72	2.62	6.26	1.59	7.09	2.41	6.67	1.67	
	Test ve Önemlilik		t=0.268 p=0.789		t=-2.676 p=0.008		t=0.340 p=0.734		t=-1.719 p=0.087		t=-1.583 p=0.115		
Sigara Kullanım Durumu	Evet	71	6.77	1.82	5.90	2.92	6.29	1.75	6.58	2.65	6.38	1.71	
	Hayır	135	6.61	1.81	6.40	2.52	6.30	1.58	6.90	2.46	6.55	1.60	
	Test ve Önemlilik		t=0.574 p=0.567		t=-1.276 p=0.203		t=-0.052 p=0.959		t=-0.861 p=0.390		t=-0.705 p=0.481		
Alkol Kullanım Durumu	Evet	18	6.54	1.74	6.22	2.98	6.46	1.64	7.00	2.72	6.56	1.85	
	Hayır	188	6.68	1.83	6.23	2.65	6.28	1.64	6.77	2.51	6.49	1.62	
	Test ve Önemlilik		t=-0.313 p=0.755		t=-0.010 p=0.992		t=0.457 p=0.648		t=0.375 p=0.708		t=0.168 p=0.867		

t=Bağımsız gruplarda t testi, F=Varyans analizi.

Genel Hastalık Farkındalığı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.3 incelendiğinde, ek hastalık bulunma durumu ile antihipertansif ilaçların düzenli kullanımına göre Genel Hastalık Farkındalığı alt boyut puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ek hastalığı bulunan bireylerin puan ortalamasının daha yüksektir olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, hipertansiyon ilaç sayısı, düzenli kan basıncı ölçümü, evde kan basıncı ölçüm sıklığı, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum, ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre Genel Hastalık Farkındalığı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Semptom Katkısı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, çalışma durumu, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, evde kan basıncı ölçüm sıklığı, hastalığa yönelik eğitim alma durum ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumuna göre Semptom Katkısı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ev hanımlarının puanlarının, memur, işçi ve çiftçilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); lisans ve üzeri eğitim alanların, puanlarının, okuryazar değil, okur yazar, ilkokul, orta öğrenim ve lise mezunlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); nadiren ölçenlerin puanlarının, günde 1 defa, günde 2 defa ve haftada birkaç defa ölçenlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hastalığa yönelik eğitim almayanların puan ortalaması daha yüksektir. İlaç tedavisine yönelik eğitim almayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, meslek, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, hipertansiyon ilaç sayısı, düzenli kan basıncı ölçümü, doktor kontrolüne düzenli gitme, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre Semptom Katkısı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tedavi Gereksinimi Farkındalığı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, meslek, ek hastalık varlığı ve hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumuna göre Tedavi Gereksinimi Farkındalığı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); çiftçilerin puanlarının, ev hanımı, esnaf, memur, emekli ve işçilerden düşük olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.3' de görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hipertansiyon ilaç sayısı, düzenli kan basıncı ölçümü, evde kan basıncı ölçüm sıklığı, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum, ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre Tedavi Gereksinimi Farkındalığı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Negatif Sonuçların Farkındalığı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, çalışma durumu, meslek, hipertansiyon ilaç sayısı ve evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre ***Negatif Sonuçların Farkındalığı*** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ev hanımlarının puanlarının, memur, işçi ve çiftçilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. HT ilaç sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 1 ilaç kullananların puanlarının, 2 ilaç kullananlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); nadiren ölçenlerin puanlarının, günde 1 defa, günde 2 defa ve haftada birkaç defa ölçenlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, düzenli kan basıncı ölçümü, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum, ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre **Negatif Sonuçların Farkındalığı** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, çalışma durumu, meslek, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, hipertansiyon ilaç sayısı ve evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre **Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği Toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ev hanımlarının puanlarının, memur, işçi ve çiftçilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alanların puan ortalaması daha yüksektir. HT ilaç sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 1 ilaç kullananların puanlarının, 2 ilaç kullananlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); nadiren ölçenlerin puanlarının, günde 1 defa, günde 2 defa ve haftada birkaç defa ölçenlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3' de görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, düzenli kan basıncı ölçümü, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum, ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre **Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği Toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	Özyeterlik		Duyarlılık		Önemseme		Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	112	23.07	4.06	20.84	3.08	20.02	4.53	63.93	9.35
	Erkek	94	23.68	4.15	21.21	3.08	20.37	3.97	65.27	8.41
Test ve Önemlilik			t=-1.063 p=0.289		t=-0.867 p=0.387		t=-0.591 p=0.555		t=-1.071 p=0.286	
Medeni Durum	Evli	176	23.39	4.01	21.11	2.79	20.24	4.17	64.74	8.40
	Bekar	30	23.13	4.65	20.40	4.42	19.80	4.94	63.33	11.69
Test ve Önemlilik			t=0.312 p=0.756		t=0.855 p=0.399		t=0.525 p=0.600		t=0.634 p=0.530	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	67	24.75	3.60	21.48	2.52	21.16	3.84	67.39	7.58
	Çalışmıyor	139	22.68	4.17	20.78	3.30	19.71	4.41	63.17	9.23
Test ve Önemlilik			t=3.668 p=0.000		t=1.519 p=0.130		t=2.316 p=0.022		t=3.251 p=0.001	
Meslek	Ev hanımı	82	22.70	4.10	20.71	3.25	19.57	4.66	62.98	9.84
	Esnaf	20	24.10	4.99	20.60	3.36	20.75	4.54	65.45	10.94
	Memur	33	25.36	2.52	22.21	2.19	21.61	3.62	69.18	6.68
	Emekli	50	22.66	4.31	20.92	3.20	19.98	4.04	63.56	7.75
	İşçi	16	24.13	3.93	20.56	2.87	20.44	3.60	65.13	6.89
	Çiftçi	5	22.20	3.27	22.00	2.74	19.60	4.67	63.80	6.80
	Test ve Önemlilik		F=2.732 p=0.021		F=1.429 p=0.215		F=1.190 p=0.315		F=2.561 p=0.029	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	40	21.70	4.45	20.60	3.40	18.45	4.60	60.75	10.24
	Okur yazar	29	21.83	3.35	20.38	3.45	19.14	3.93	61.34	6.33
	İlkokul	51	22.53	4.72	20.67	3.15	19.18	4.38	62.37	9.57
	Ortaöğretim	18	24.89	2.74	21.56	2.38	20.56	3.29	67.00	6.08
	Lise	32	25.06	3.24	21.00	3.26	22.28	3.72	68.34	7.19
	Lisans ve üstü	36	25.28	2.98	22.19	2.12	22.31	3.45	69.78	6.91
	Test ve Önemlilik		F=6.487 p=0.000		F=1.720 p=0.132		F=6.270 p=0.000		F=7.799 p=0.000	

Tablo 4.4. (Devamı) Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Özyeterlik		Duyarlılık		Önemseme		Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Ek Hastalık Varlığı	Var	111	23.17	3.89	20.77	3.30	19.60	4.37	63.55	9.13
	Yok	95	23.56	4.34	21.28	2.79	20.85	4.09	65.69	8.61
Test ve Önemlilik			t=-0.674 p=0.501		t=-1.185 p=0.237		t=-2.105 p= 0.037		t=-1.726 p=0.086	
Hipertansiyon	Evet	181	23.60	3.93	21.14	2.93	20.46	4.20	65.19	8.53
İlaçlarını Düzenli	Hayır	25	21.56	4.87	20.08	3.95	18.16	4.43	59.80	10.48
Alma Durumu			t=2.354 p= 0.020		t=1.617 p=0.107		t=2.550 p= 0.011		t=2.879 p= 0.004	
Hipertansiyon İlaç Sayısı	1.00	157	23.20	4.18	21.13	2.92	20.04	4.19	64.38	8.97
	2.00	42	23.98	3.94	20.26	3.68	20.33	4.58	64.57	9.02
	3.00	7	22.86	3.24	22.71	1.25	22.43	4.43	68.00	8.00
Test ve Önemlilik			F=0.638 p=0.529		F=2.473 p=0.087		F=1.080 p=0.342		F=0.549 p=0.578	
Düzenli Kan Basıncı Ölçümü	Evet	112	23.60	4.05	21.17	2.84	20.99	4.10	65.76	8.57
	Hayır	94	23.05	4.15	20.82	3.35	19.21	4.31	63.09	9.18
Test ve Önemlilik			t=0.950 p=0.343		t=0.813 p=0.417		t=3.028 p= 0.003		t=2.159 p= 0.032	
Evde Kan Basıncı Ölçüm Sıklığı	Günde bir kez	28	24.11	4.04	21.39	2.50	21.68	4.22	67.18	8.38
	Günde 2 kez	31	22.48	4.18	20.94	2.56	20.61	5.12	64.03	8.84
	Haftada birkaç kez	36	23.81	3.87	21.19	3.34	21.00	3.21	66.00	8.32
	Nadiren	17	24.35	4.18	21.18	2.94	20.53	3.73	66.06	9.15
Test ve Önemlilik			F=1.160 p=0.328		F=0.126 p=0.945		F=0.415 p=0.743		F=0.686 p=0.563	
Doktor Kontrolüne Düzenli Gitme	Evet	133	24.29	3.86	21.29	2.99	21.34	4.08	66.92	8.41
	Hayır	73	21.64	3.99	20.49	3.19	18.07	3.82	60.21	8.26
Test ve Önemlilik			t=4.641 p= 0.000		t=1.793 p=0.074		t=5.622 p= 0.000		t=5.515 p= 0.000	

Tablo 4.4. (Devamı) Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Özyeterlik		Duyarlılık		Önemseme		Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Hastalığa Yönelik	Evet	94	25.00	3.41	21.36	2.88	21.91	3.66	68.28	7.63
Eğitim Alma Durumu	Hayır	112	21.96	4.13	20.71	3.22	18.72	4.24	61.40	8.77
Test ve Önemlilik			t=5.780 p=0.000		t=1.508 p=0.133		t=5.729 p=0.000		t=5.944 p=0.000	
İlaç Tedavisine	Evet	103	25.10	3.08	21.21	2.94	21.91	3.53	68.22	7.68
Yönelik Eğitim Alma	Hayır	103	21.60	4.26	20.81	3.22	18.45	4.27	60.85	8.61
Durumu			t=6.751 p=0.000		t=0.950 p=0.343		t=6.342 p=0.000		t=6.485 p=0.000	
Sigara Kullanım	Evet	71	24.21	3.68	21.01	2.88	20.54	4.03	65.76	8.00
Durumu	Hayır	135	22.90	4.24	21.01	3.19	19.99	4.41	63.90	9.35
Test ve Önemlilik			t=2.209 p=0.028		t=0.015 p=0.988		t=0.864 p=0.389		t=1.427 p=0.155	
Alkol Kullanım	Evet	18	24.94	3.35	20.50	3.35	21.33	4.28	66.78	7.44
Durumu	Hayır	188	23.20	4.14	21.06	3.06	20.07	4.28	64.32	9.05
Test ve Önemlilik			t=2.067 p=0.051		t=-0.734 p=0.464		t=1.198 p=0.232		t=1.114 p=0.267	

t=Bağımsız gruplarda t testi, F=Varyans analizi.

Özyeterlik Alt Boyutu İçin;

Çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum, ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu ve sigara kullanım durumuna göre Özyeterlik alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların puan ortalaması daha yüksektir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); memurların puanlarının, ev hanımı ve emeklilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); okuryazar olmayanların/okur yazar olanların puanlarının, orta öğrenim, lise ve lisans üstü mezunlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alanların puan ortalaması daha yüksektir. Doktor kontrolüne düzenli gidenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Hastalığa yönelik eğitim alanların puan ortalaması daha yüksektir. İlaç tedavisine yönelik eğitim alanların puan ortalaması daha yüksektir. Sigara kullananların puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.4). Cinsiyet, medeni durum, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaç sayısı, düzenli kan basıncı ölçümü, evde kan basıncı ölçüm sıklığı ve alkol kullanım durumuna göre Özyeterlik alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Duyarlılık Alt Boyutu İçin;

Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, hipertansiyon ilaç sayısı, düzenli kan basıncı ölçümü, evde kan basıncı ölçüm sıklığı, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum, ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre Duyarlılık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Önemseme Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, çalışma durumu, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, düzenli kan basıncı ölçümü, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum ve ilaç tedavisine yönelik

eğitim alma durumuna göre Önemseme alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların puan ortalaması daha yüksektir. Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); lisans ve üzeri eğitim alanların puanlarının, okuryazar değil, okur yazar ve ilkokul mezunlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alanların puan ortalaması daha yüksektir. Düzenli kan basıncı ölçümü yapanların puan ortalaması daha yüksektir. Doktor kontrolüne düzenli gidenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Hastalığa yönelik eğitim alanların puan ortalaması daha yüksektir. İlaç tedavisine yönelik eğitim alanların puan ortalaması daha yüksektir. Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, meslek, hipertansiyon ilaç sayısı, evde kan basıncı ölçüm sıklığı, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre Önemseme alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, düzenli kan basıncı ölçümü, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma durum ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumuna göre ***Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam*** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların puan ortalaması daha yüksektir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); memurların puanlarının, ev hanımı ve emeklilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); lisans ve üzeri eğitim alanların puanlarının, okuryazar değil, okur yazar ve ilkokul mezunlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alanların puan ortalaması daha yüksektir. Düzenli kan basıncı ölçümü yapanların puan ortalaması daha yüksektir. Doktor kontrolüne düzenli gidenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Hastalığa yönelik eğitim alanların puan ortalaması daha yüksektir. İlaç tedavisine yönelik eğitim alanların puan ortalaması daha yüksektir. Cinsiyet, medeni durum, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaç sayısı, evde kan basıncı ölçüm sıklığı, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumuna göre ***Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam*** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Demografik ve Klinik ile Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler		Genel	Semptom	Tedavi	Negatif	Kan Basıncı			Akılcı İlaç	
		Hastalık	Katkısı	Gereksinimi	Sonuçların	Farkındalığı-İçgörü	Özyeterlik	Duyarlılık	Önemseme	Kullanımı
		Farkındalığı		Farkındalığı	Farkındalığı	Ölçeği				Ölçeği
Yaş*	r	0.189	0.113	0.036	0.121	0.155	-0.209	-0.010	-0.194	-0.192
	p	0.006	0.105	0.605	0.082	0.026	0.003	0.886	0.005	0.006
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206
Tanı Süresi*	r	0.200	0.016	0.112	0.071	0.117	0.030	0.019	0.016	0.028
	p	0.004	0.819	0.110	0.309	0.093	0.666	0.786	0.818	0.687
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206
BKI*	r	0.042	0.100	0.209	0.103	0.144	-0.018	-0.079	-0.063	-0.066
	p	0.551	0.154	0.003	0.142	0.039	0.801	0.259	0.366	0.348
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206
SKB*	r	0.137	0.177	0.200	0.137	0.214	-0.120	-0.084	-0.073	-0.119
	p	0.050	0.011	0.004	0.049	0.002	0.086	0.231	0.296	0.089
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206
DKB*	r	0.202	0.119	0.202	0.052	0.175	0.032	0.112	0.036	0.071
	p	0.004	0.087	0.004	0.456	0.012	0.644	0.109	0.608	0.313
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206
AKŞ**	r	0.189	0.186	0.233	0.182	0.268	-0.063	-0.133	-0.082	-0.096
	p	0.007	0.008	0.001	0.009	0.000	0.365	0.057	0.240	0.169
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206
Hba1c**	r	0.202	0.140	0.233	0.242	0.270	-0.024	-0.156	-0.062	-0.086
	p	0.004	0.044	0.001	0.000	0.000	0.729	0.026	0.375	0.217
	n	206	206	206	206	206	206	206	206	206

*Pearson korelasyon analizi, **Spearman korelasyon analizi.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi yaş ile Genel Hastalık Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş ile Özyeterlik, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça, Genel Hastalık Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı da artmakta, Özyeterlik, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı azalmaktadır. Yaş ile Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Duyarlılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi tanı süresi ile Tedavi Gereksinimi Farkındalığı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Tanı süresi arttıkça, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı puanı da artmaktadır. Tanı süresi ile Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı, Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi BKİ ile Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). BKİ arttıkça, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı da artmaktadır. BKİ ile Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Negatif Sonuçların Farkındalığı, Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi SKB ile Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). SKB arttıkça, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı da artmaktadır. SKB ile Genel Hastalık Farkındalığı, Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi DKB ile Genel Hastalık Farkındalığı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). DKB arttıkça, Genel Hastalık Farkındalığı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı da artmaktadır. DKB ile Semptom Katkısı, Negatif Sonuçların Farkındalığı, Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi AKŞ ile Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). AKŞ arttıkça, Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı da artmaktadır. AKŞ ile Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi HbA1c ile Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). HbA1c ile Duyarlılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). HbA1c arttıkça, Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı da artmakta, Duyarlılık puanı azalmaktadır. HbA1c ile Özyeterlik, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Özyeterlik	Duyarlılık	Önemseme	Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği
Genel Hastalık Farkındalığı	r	-0.101	-0.048	-0.070	-0.096
	p	0.149	0.491	0.318	0.168
	n	206	206	206	206
Semptom Katkısı	r	-0.263	0.001	-0.194	-0.214
	p	0.000	0.990	0.005	0.002
	n	206	206	206	206
Tedavi Gereksinimi Farkındalığı	r	-0.087	-0.046	-0.117	-0.112
	p	0.216	0.513	0.093	0.110
	n	206	206	206	206
Negatif Sonuçların Farkındalığı	r	-0.199	-0.093	-0.143	-0.192
	p	0.004	0.186	0.040	0.006
	n	206	206	206	206
Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği	r	-0.234	-0.060	-0.183	-0.216
	p	0.001	0.390	0.008	0.002
	n	206	206	206	206

*Pearson korelasyon analizi.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Genel Hastalık Farkındalığı/Tedavi Gereksinimi Farkındalığı alt boyut puanı ile Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Semptom Katkısı/Negatif Sonuçların Farkındalığı/Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı ile Özyeterlik/Önemseme/Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Semptom Katkısı/Negatif Sonuçların Farkındalığı/Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı arttıkça, Özyeterlik/Önemseme/Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek puanı azalmaktadır. Semptom Katkısı/Negatif Sonuçların Farkındalığı/Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek puanı ile Duyarlılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek Toplam Puanının, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek Toplam Puanına Etkisini Gösterir Regresyon Analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı		VIF
Sabit katsayı	72.204	2.502	-	28.859	0.000	67.271	77.137	-
Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü	-1.180	0.374	-0.216	-3.159	0.002	-1.917	-0.444	1.000
Dependent variable: Akılcı İlaç Kullanımı puanı						Durbin Watson: 1.687		
R=0.216		R²_{adjusted}=0.042		F(1.204)=9.977		p=0.002		Model: Enter

* Tüm veriler sürekli değişken olarak modele alınmıştır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, basit doğrusal regresyon analizi, Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçek toplam puanının, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek toplam puanına etkisini belirlemek için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kan Basıncı Farkındalığı- İçgörü puanı, Akılcı İlaç Kullanımı düzeyindeki değişimin %4.2’sini açıklamaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, Kan Basıncı Farkındalığı- İçgörü değişkeninin Akılcı İlaç Kullanımı üzerinde negatif yönde ve anlamlı etkileri bulunmaktadır. Regresyon denklemi şu şekildedir;

$$\text{Akılcı İlaç Kullanımı} = (-1.180 * \text{Kan Basıncı Farkındalığı- İçgörü Puanı}) + (72.204).$$

Kan Basıncı Farkındalığı- İçgörü puanındaki 1 birimlik artış, Akılcı İlaç Kullanımı puanında ortalama 1.180 birimlik azalmaya neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı, içgörü durumu ve akılcı ilaç kullanımının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatürdeki güncel bilgiler ve araştırma sonuçları çerçevesinde ele alınmıştır. Hastaların yaş ortalamasının 60.17 ± 13.12 yıl olması, hipertansiyon tanı süresinin ortalama 10.55 ± 9.13 yıl olarak belirlenmesi, sistolik kan basıncı ortalamasının 141.55 ± 16.70 mmHg ve diyastolik kan basıncı ortalamasının 85.44 ± 10.84 mmHg bulunması, araştırma grubunun uzun süreli hipertansiyon deneyimine sahip ve klinik izlem gerektiren bir hasta grubu olduğunu göstermektedir. Hastaların %53.9’unda ek hastalık bulunması, %87.9’unun hipertansiyon ilaçlarını düzenli aldığını belirtmesi, %54.4’ünün düzenli kan basıncı ölçümü yapması ve %64.6’sının doktor kontrolüne düzenli gitmesi, hastalık yönetimine ilişkin davranışların grupta heterojen dağıldığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle bulgular yalnızca demografik değişkenler üzerinden değil; hastalık deneyimi, tedaviye katılım, sağlık okuryazarlığı, semptom algısı, evde ölçüm davranışı ve ilaç kullanım sorumluluğu ile birlikte değerlendirilmiştir.

5.1. Hipertansiyonlu Bireylerin Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Araştırmada Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları genel olarak orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Negatif Sonuçların Farkındalığı alt boyutlarının birbirine yakın düzeyde olması, hastaların hipertansiyonu yalnızca tanı olarak değil, semptomlar, tedavi gereksinimi ve olası olumsuz sonuçlar açısından da belirli ölçüde değerlendirebildiğini göstermektedir. Ancak bu farkındalığın homojen olmadığı, bazı demografik ve hastalıkla ilişkili özelliklere göre farklılaştığı görülmektedir.

Bu nedenle bulgular, hipertansiyon farkındalığının tek bir değişkenle açıklanamayacağını; bireyin hastalık deneyimi, tedaviye katılımı, sağlık hizmetiyle teması ve öz izlem davranışlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, kadınların kan basıncı farkındalığı-içgörü puanları erkeklere göre bir miktar yüksek görünmekle birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Negatif Sonuçların Farkındalığı alt boyutlarında da benzer biçimde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, çalışmamızda hipertansiyon farkındalığı ve hastalığa ilişkin içgörünün yalnızca cinsiyetle açıklanamayacağını göstermektedir. Hipertansiyonun çoğu zaman belirti vermeden ilerleyebilmesi ve bireyin hastalığı yorumlama biçiminin sağlık okuryazarlığı, düzenli izlem, tedavi deneyimi ve hastalık süresi gibi birçok değişkenden etkilenmesi bu sonucu açıklayabilir. Dünya Sağlık Örgütü de hipertansiyonu olan bireylerin çoğunda belirti görülmeyebileceğini ve hastalığı anlamamanın en güvenilir yolunun kan basıncı ölçümü olduğunu belirtmektedir (World Health Organization, 2023).

Medeni durum açısından bakıldığında, evli ve bekâr bireyler arasında ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Bekâr bireylerin bazı puanlarının evli bireylere göre daha yüksek görünmesi istatistiksel anlamlılık taşımadığı için güçlü bir sonuç olarak yorumlanmamıştır. Bu durum, hipertansiyon farkındalığının medeni durumdan çok bireyin hastalık deneyimi, tedaviye katılımı, kan basıncı takibi ve sağlık hizmetleriyle ilişkisi tarafından şekillenebileceğini düşündürmektedir. Literatürde sosyal destek ve aile yapısının kronik hastalık yönetiminde önemli olduğu belirtilmekle birlikte, hipertansiyon farkındalığının her zaman medeni durumla doğrudan ilişkili olmadığı görülmektedir. Nitekim hipertansiyon yönetiminde farkındalık, bilgi düzeyi, öz etkililik ve tedaviye uyum gibi değişkenlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Gutierrez ve ark., 2021; Uysal ve Yıldırım, 2025).

Çalışma durumu, meslek ve eğitim düzeyi birlikte değerlendirildiğinde, kan basıncı farkındalığı-içgörü düzeyinin yalnızca bireyin sosyodemografik konumuyla değil; sağlık hizmetine erişimi, evde kan basıncı izlemi yapabilme olanağı, sağlık bilgisini anlama düzeyi

ve hastalık belirtilerini yorumlama biçimiyle de ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmada çalışma durumuna göre Semptom Katkısı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı fark saptanmış; çalışmayan bireylerin puanlarının çalışan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık Genel Hastalık Farkındalığı ve Tedavi Gereksinimi Farkındalığı alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç, çalışmayan bireylerin hipertansiyonu daha çok bedensel belirtiler ve hastalığın olumsuz sonuçları üzerinden algıladığını düşündürmektedir. Çalışmayan bireylerin yaş ortalamasının daha ileri olabilmesi, kronik hastalık deneyimlerinin daha fazla olması, sağlık kurumlarına daha sık başvurmaları ve bedensel değişiklikleri daha yakından izlemeleri bu bulguyu açıklayabilir. Terzi ve ark. (2025) tarafından Türkiye’de yürütülen toplum temelli çalışmada da daha önce hipertansiyon tanısı almış olma, düzenli ilaç kullanımı ve işsiz olma durumunun kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyi için anlamlı belirleyiciler arasında yer aldığı bildirilmiştir. Bu yönüyle çalışmamızın bulgusu literatürle uyumludur.

Meslek değişkenine göre Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Ev hanımı ve emekli bireylerin farkındalık puanlarının daha yüksek, çiftçilerin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde ev hanımlarının bazı alt boyutlarda memur, işçi ve çiftçilere göre daha yüksek puan aldığı; tedavi gereksinimi farkındalığında ise çiftçilerin diğer meslek gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, mesleğin yalnızca gelir getirici bir çalışma alanını değil; bireyin sağlık kurumuna ulaşma sıklığını, günlük yaşam düzenini, kan basıncı ölçümüne ayırabildiği zamanı, sağlık bilgisini kullanma becerisini ve hipertansiyon belirtilerini izleme fırsatını da yansıtan önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Ev hanımı ve emekli bireylerde farkındalığın daha yüksek olması, bu grupların ev ortamında daha fazla zaman geçirmesi, sağlık kurumlarına başvuru ve ilaç kullanımını sürdürme konusunda daha düzenli davranabilmesi, hastalık belirtilerini daha yakından izleyebilmesi ve hipertansiyonun günlük yaşam üzerindeki etkilerini daha sık fark etmesiyle açıklanabilir. Buna karşın çiftçilerin farkındalık puanlarının düşük bulunması; kırsal yaşam koşulları,

yoğun fiziksel çalışma, sağlık kuruluşuna ulaşımında güçlük, düzenli kontrol ve ölçüm alışkanlığının sürdürülememesi, sağlık eğitimlerine katılımın sınırlı olması ve semptomların günlük fiziksel yorgunlukla karıştırılabilmesiyle ilişkili olabilir. Wolde ve ark. (2022) hipertansiyonlu bireylerde bilgi düzeyini inceledikleri çalışmada, kamu kurumunda çalışma, daha uzun tedavi süresi ve hastaneye/sağlık merkezine yakın yaşamanın hipertansiyon bilgisiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda çiftçilerde farkındalık düzeyinin düşük bulunmasını sağlık hizmetine erişim ve düzenli izlem olanaklarının sınırlılığı açısından desteklemektedir. Benzer biçimde Mekonnen ve ark. (2019) hipertansiyonlu bireylerde kan basıncı kontrolüne ilişkin bilginin eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, hipertansiyon süresi ve bilgiye erişimle ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Bu bulgu, meslek değişkeninin hipertansiyon farkındalığı üzerinde tek başına doğrudan bir değişken olarak değil; eğitim, sosyoekonomik düzey, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık okuryazarlığı üzerinden dolaylı etki gösterebileceğini düşündürmektedir (Mekonnen ve ark., 2019). Busingye ve ark. (2019) tarafından kırsal Hindistan’da yapılan çalışmada da hipertansiyon risk faktörleri ve sonuçlarına ilişkin bilginin genel olarak düşük olduğu, okula gitmiş olmanın ve hipertansiyon tanısının farkında olmanın daha iyi bilgi düzeyiyle ilişkili bulunduğu bildirilmiştir. Aynı çalışma, kırsal ve dezavantajlı gruplarda hedefe yönelik tarama ve eğitim programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır (Busingye ve ark., 2019).

Lu ve ark. (2017) tarafından Çin’de geniş ölçekli toplum temelli bir çalışmada hipertansiyon farkındalığı, tedavisi ve kontrolü; yaş, cinsiyet, kentsel-kırsal yaşam, gelir, eğitim ve meslek gibi çok sayıda değişken üzerinden değerlendirilmiştir. Çalışmada çiftçi ve çiftçi olmayan bireylerin ayrı analiz edilmesi, mesleğin hipertansiyon farkındalığı ve yönetiminde dikkate alınması gereken sosyodemografik bir değişken olduğunu göstermektedir. Araştırmada hipertansiyon farkındalığı ve kontrol oranlarının genel olarak düşük bulunması, özellikle kırsal ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda düzenli tarama, eğitim ve izlem gereksinimini ortaya koymaktadır (Lu ve ark., 2017). Sakboonyarat ve ark. (2025) tarafından kırsal Tayland’da yapılan güncel çalışmada da hipertansiyon kontrolünün sosyodemografik özellikler, meslek, gelir, sağlık güvencesi ve yaşam tarzı değişkenlerine göre farklılık

gösterebildiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızda çiftçilerde farkındalık puanlarının düşük bulunmasını ve bu grubun hipertansiyon eğitimi ile evde kan basıncı izlemi açısından öncelikli grup olarak değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir (Sakboonyarat ve ark., 2025).

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, bu çalışmada yalnızca Semptom Katkısı alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır. Lise mezunları ile okuryazar olmayan bireylerde semptom katkısı daha yüksek, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerde ise daha düşük bulunmuştur. Genel Hastalık Farkındalığı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve ölçek toplam puanı açısından anlamlı fark bulunmaması dikkat çekicidir. Bu bulgu, eğitim düzeyi yüksek bireylerin hipertansiyonun her zaman belirti vermediğini daha iyi bilmesiyle açıklanabilir. Buna karşılık eğitim düzeyi düşük bireyler baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı veya halsizlik gibi bedensel yakınmaları doğrudan hipertansiyona bağlama eğiliminde olabilir. Dünya Sağlık Örgütü de hipertansiyonun çoğu kişide belirti vermediğini ve kan basıncı ölçümü yapılmadan fark edilemeyebileceğini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2023). Bu nedenle semptom temelli farkındalığın tek başına yeterli olmadığı, bireylere hipertansiyonun sessiz seyredebildiğinin açık biçimde anlatılması gerektiği düşünülmektedir.

Eğitim değişkenine ilişkin literatür bulguları çalışmamızı açıklayıcı niteliktedir. Zhang ve ark. (2018) hipertansiyona ilişkin bilgi ve davranışların sosyoekonomik durumla ilişkisini inceledikleri çalışmada, yüksek eğitim düzeyinin hipertansiyonla ilişkili yeterli bilgiye sahip olma olasılığını artırdığını; ancak bilgi artışının her zaman davranışa aynı ölçüde yansımadığını bildirmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda eğitim düzeyine göre yalnızca Semptom Katkısı alt boyutunda fark saptanmasını desteklemektedir. Çünkü eğitim düzeyi hipertansiyonun belirti vermeden seyredebildiğini anlama açısından önemli olabilir; ancak genel farkındalık, tedavi gereksinimini kavrama ve olumsuz sonuçları algılama gibi alanlar yalnızca eğitimle değil, hastalık deneyimi, sağlık hizmetleriyle temas ve öz yönetim davranışlarıyla birlikte şekillenmektedir (Zhang ve ark., 2018).

Yu ve ark. (2022) kırsal bölgede yaşayan hipertansiyonlu bireylerde düşük eğitim düzeyinin kardiyovasküler ve tüm nedenlere bağlı mortalite açısından önemli bir gösterge olabileceğini belirtmiş; eğitim düzeyinin hipertansiyon yönetiminde dikkate alınması gereken temel sosyoekonomik değişkenlerden biri olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgu, eğitim düzeyinin yalnızca bilgi edinme kapasitesini değil, sağlık hizmetlerine erişim, tedavi önerilerini anlama, kan basıncı kontrolü ve risk algısı gibi birçok alanı etkileyebileceğini göstermektedir (Yu ve ark., 2022). Bununla birlikte çalışmamızda toplam kan basıncı farkındalığı-içgörü puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemesi, farkındalığın yalnızca formal eğitimle açıklanamayacağını; bireyin hipertansiyon tanı süresi, ek hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sağlık profesyonellerinden aldığı eğitim ve evde kan basıncı ölçüm alışkanlığı gibi değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Literatürde bazı çalışmalar, meslek ve eğitim değişkenlerinin hipertansiyon farkındalığı ya da bilgi düzeyi üzerindeki etkisinin her zaman aynı yönde olmadığını göstermektedir. Bazı toplum temelli çalışmalarda meslekten çok eğitimi düzeyi, sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon tanısı alma, tedavi süresi ve sağlık kurumuna erişim gibi değişkenlerin daha belirleyici olduğu bildirilmektedir (Busingye ve ark., 2019; Mekonnen ve ark., 2019; Wolde ve ark., 2022). Bu farklılıklar örneklem özellikleri, kırsal-kentsel yaşam koşulları, kullanılan ölçüm araçları, meslek gruplarının dağılımı ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarıyla açıklanabilir. Çalışmamızda çiftçilerin farkındalık puanlarının düşük, ev hanımı ve emeklilerin ise daha yüksek bulunması; hipertansiyon farkındalığının bireyin mesleki konumundan çok o mesleğin oluşturduğu yaşam biçimi, sağlık hizmeti kullanımı, düzenli ölçüm yapma olanağı ve hastalık belirtilerini izleme fırsatıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda hipertansiyonlu bireylerde eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin meslek ve eğitim düzeyi dikkate alınarak planlanması gerekmektedir. Özellikle çiftçiler, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, sağlık kurumuna erişimi sınırlı olanlar ve hipertansiyonu yalnızca belirti varlığında önemseyen hastalar öncelikli grup olarak değerlendirilmelidir. Bu gruplara yönelik saha temelli kan basıncı taramaları, evde doğru ölçüm eğitimi, semptomsuz hipertansiyon konusunda bilgilendirme, ilaç kullanımının

sürekliliğine yönelik danışmanlık ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Eğitim programlarının yalnızca bilgi vermeye değil, bireyin kan basıncı değerlerini yorumlayabilmesine, düzenli ölçüm yapmasına, tedaviyi sürdürmesine ve gerektiğinde sağlık profesyoneline başvurmasına katkı sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaya odaklanması önemlidir.

Ek hastalık varlığı, kan basıncı farkındalığı ve içgörüsü açısından anlamlı bir değişken olarak öne çıkmıştır. Ek hastalığı olan bireylerin Genel Hastalık Farkındalığı, Semptom Katkısı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve toplam ölçek puanları ek hastalığı olmayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir. Negatif Sonuçların Farkındalığı alt boyutunda ise anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu, eşlik eden kronik hastalık varlığının bireyin hastalık sürecini daha yakından izlemesine, sağlık profesyonelleriyle daha sık temas kurmasına ve hipertansiyonun sürekliliğine ilişkin daha fazla farkındalık geliştirmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Gutierrez ve ark. (2021) tarafından yapılan sistematik derlemede düşük hastalık algısı ve komorbidite yokluğunun hipertansiyon tedavisine uyumu olumsuz etkileyen durumlar arasında yer aldığı bildirilmiştir. Bu sonuç, ek hastalık deneyiminin bireylerde hastalık farkındalığını artırabileceğini desteklemektedir.

Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumuna göre de anlamlı farklılıklar saptanmıştır. İlaçlarını düzenli alan bireylerin Genel Hastalık Farkındalığı, Tedavi Gereksinimi Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanları düzenli ilaç almayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Semptom Katkısı ve Negatif Sonuçların Farkındalığı alt boyutlarında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu, hipertansiyonu hastalık olarak kabul eden, tedavi gereksinimini kavrayan ve hastalığın sürekliliğinin farkında olan bireylerin ilaç kullanımına daha düzenli devam edebileceğini düşündürmektedir. Karakurt ve ark. (2025) Türkiye’de hipertansiyonlu bireylerle yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasında pozitif ilişki olduğunu; eğitim düzeyi, gelir durumu ve daha önce hastalık eğitimi alma durumunun sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumuyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Babazadeh ve ark. (2024), hipertansiyonlu yaşlı bireylerde hastalık algısı ve sağlık okuryazarlığının ilaç uyumunun önemli belirleyicileri olduğunu belirtmiştir.

Kullanılan hipertansiyon ilacı sayısına göre Negatif Sonuçların Farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı fark bulunmuştur. İki antihipertansif ilaç kullanan bireylerin toplam farkındalık ve içgörü düzeyinin tek ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, birden fazla ilaç kullanmanın bireyde hastalığın daha ciddi olduğu düşüncesini güçlendirebilmesi, tedavinin sürekliliğini daha görünür hâle getirmesi ve hipertansiyonun olumsuz sonuçlarına yönelik farkındalığı artırabilmesi ile açıklanabilir. Bununla birlikte üç ilaç kullanan grupta hasta sayısının az olması nedeniyle bu grubun sonuçları dikkatli değerlendirilmelidir.

Hipertansiyon tedavisinde ilaç sayısı, tedavi yükü, ilaç rejiminin karmaşıklığı ve hastalık algısı tedaviye uyumu etkileyebilen önemli değişkenlerdir. Ruksakulpiwat ve ark. (2024) tarafından yapılan sistematik derlemede, hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunu etkileyen faktörler arasında kullanılan ilaç sayısı, yaş, hastalık süresi, ek hastalık varlığı, sağlık okuryazarlığı, hastalık algısı ve sağlık davranışlarının yer aldığı bildirilmiştir. Aynı derlemede daha fazla ilaç kullanımının tedaviye uyumu güçleştirebileceği, bu nedenle çoklu ilaç kullanan hipertansiyonlu bireylerde bireyselleştirilmiş eğitim ve izlem gereksiniminin arttığı vurgulanmıştır (Ruksakulpiwat ve ark., 2024).

Wakai ve ark. (2021) ise hipertansiyonlu hastalarda ilaç sayısı ve ilaç rejimi karmaşıklığının ilaç uyumu ve kan basıncı yönetimi üzerindeki etkisini incelemiş; yalnızca ilaç sayısından çok, doz sıklığı ve kullanım biçimini de içeren ilaç rejimi karmaşıklığının tedavi uyumu ve kan basıncı kontrolü açısından daha belirleyici olabileceğini bildirmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda iki antihipertansif ilaç kullanan bireylerde farkındalık ve içgörü puanının daha yüksek bulunmasını açıklarken, aynı zamanda çoklu ilaç kullanımının her zaman olumlu bir tedavi davranışı anlamına gelmediğini de göstermektedir. Bu nedenle birden fazla antihipertansif ilaç kullanan bireylerde yalnızca ilaç sayısı değil; ilaçların kullanım zamanı, doz sıklığı, yan etki deneyimi, bireyin tedaviyi anlama düzeyi ve ilaç kullanım sorumluluğu birlikte değerlendirilmelidir (Wakai ve ark., 2021).

Avrupa Hipertansiyon Derneği kılavuzunda da antihipertansif tedavide kombinasyon yaklaşımlarının kan basıncı kontrolüne katkı sağlayabileceği; ancak tedavi karmaşıklığı,

tolerabilite, yan etkiler ve ilaç uyumunun düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Mancia ve ark., 2023). Bu doğrultuda çalışmamızda iki ilaç kullanan bireylerin farkındalık düzeyinin daha yüksek bulunması, tedavi sürecinin birey tarafından daha ciddi algılanmasıyla ilişkili olabilir. Ancak üç ilaç kullanan gruptaki hasta sayısının az olması ve literatürde çoklu ilaç kullanımının tedavi uyumunu zorlaştırabileceğinin bildirilmesi nedeniyle bu bulgu temkinli yorumlanmalıdır.

Düzenli kan basıncı ölçümü yapma durumuna göre Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır. Düzenli ölçüm yapan bireylerin puanlarının daha yüksek görünmesine rağmen farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması, yalnızca ölçüm yapıyor olmanın farkındalık ve içgörü gelişimini garanti etmediğini göstermektedir. Kan basıncı ölçümünün doğru teknikle yapılması, sonuçların kaydedilmesi, ölçüm değerlerinin yorumlanması ve gerektiğinde sağlık profesyoneline başvurulması gerekmektedir. Bu nedenle evde kan basıncı izleminin etkili olabilmesi için bireyin yalnızca ölçüm yapması değil, ölçümü doğru koşullarda gerçekleştirmesi, elde ettiği değerleri anlamlandırabilmesi ve bu bilgiyi tedavi sürecine aktarabilmesi önemlidir.

Evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre Semptom Katkısı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve toplam ölçek puanı açısından anlamlı fark saptanmıştır. Günde iki kez ölçüm yapan bireylerin farkındalık-içgörü düzeylerinin daha yüksek, nadiren ölçüm yapan bireylerin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu, düzenli ve sık kan basıncı ölçümünün bireyin hastalığını izlemesine, kan basıncı değişimlerini fark etmesine ve hipertansiyonun olumsuz sonuçları konusunda daha bilinçli olmasına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ancak çalışmada düzenli ölçüm yapma durumuna göre anlamlı fark bulunmaması, ölçüm sıklığı kadar ölçüm niteliğinin, ölçüm tekniğinin ve sonuçların klinik olarak yorumlanmasının da önemli olduğunu göstermektedir.

Literatür bu yorumu desteklemektedir. Fletcher ve ark. (2015) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, kendi kendine kan basıncı izleminin hipertansiyonlu bireylerde ilaç uyumunu küçük fakat anlamlı düzeyde artırabileceği; ancak yaşam tarzı değişikliği ve ilaç kullanımını sürdürme üzerindeki kanıtların sınırlı olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, evde

kan basıncı ölçümünün tek başına yeterli olmadığını, ölçüm davranışının eğitim, izlem ve tedaviye katılımı ile desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (Fletcher ve ark., 2015).

Benzer şekilde Jo ve ark. (2019), hipertansiyonlu bireylerde kendi kendine kan basıncı izleminin kan basıncı hedefi farkındalığını, ilaç uyumunu ve hedef kan basıncına ulaşma oranını artırdığını bildirmiştir. Çalışmada kan basıncı hedefini bilme oranının ve haftada en az bir kez ölçüm yapma sıklığının belirgin şekilde arttığı, ilaç uyumsuzluğunun ise azaldığı gösterilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda günde iki kez ölçüm yapan bireylerde farkındalık-içgörü düzeyinin daha yüksek bulunmasını desteklemektedir (Jo ve ark., 2019). Bununla birlikte güncel araştırmalar, evde kan basıncı izleminin ancak doğru teknik ve yeterli bilgiyle yapıldığında klinik yarar sağlayabileceğini göstermektedir. Batta ve ark. (2024), hipertansiyonlu bireylerde evde kan basıncı ölçümünün kılavuzlar tarafından önerildiğini; ancak ölçüm eğitimi, ölçüm tekniği ve bilgi düzeyindeki eksikliklerin ev ölçümlerinin doğruluğunu sınırlayabileceğini belirtmiştir (Batta ve ark., 2024). Bu bulgu, çalışmamızda düzenli ölçüm yapan bireylerde puanların yüksek görünmesine karşın anlamlı fark bulunmamasını açıklayabilir; çünkü ölçümün düzenli yapılması kadar doğru uygulanması ve sonuçların anlamlandırılması da gereklidir.

Güncel kılavuzlarda da evde kan basıncı izleminin hipertansiyon tanısı ve takibinde önemli olduğu, özellikle beyaz önlük etkisi ve maskeli hipertansiyon şüphesinde ev ölçümlerinin yararlı olduğu belirtilmektedir. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'nda evde kan basıncı ölçümünün uygun manşonlu ve onaylı cihazla yapılması, ölçümlerin en az beş gün sürdürülmesi, sabah-akşam ve her seferinde en az ikişer ölçüm alınması ve hastalara ölçüm tekniği konusunda eğitim verilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu Çalışma Grubu, 2025). Avrupa Kardiyoloji Derneği kılavuzunda da evde kan basıncı izleminin tanı, tedavi takibi ve risk değerlendirmesinde ofis ölçümlerini tamamlayan önemli bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (McEvoy ve ark, 2024). Bu doğrultuda araştırma bulguları, hipertansiyonlu bireylerde evde kan basıncı izleminin yalnızca "ölçüm yapma" davranışı olarak değerlendirilmemesi gerektiğini göstermektedir. Ölçümün klinik açıdan yararlı olabilmesi için bireye doğru ölçüm tekniği öğretilmeli, ölçüm sonuçlarını kaydetme alışkanlığı kazandırılmalı, hangi değerlerde sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği

açıklanmalı ve ölçüm sonuçları düzenli kontrollerde sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmelidir. Özellikle nadiren ölçüm yapan bireyler, hipertansiyon farkındalığı ve olumsuz sonuçları algılama açısından öncelikli eğitim grubu olarak ele alınmalıdır.

Doktor kontrolüne düzenli gitme durumunda ölçek toplam puanı ve alt boyutlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrole düzenli gitmeyen bireylerin bazı alt boyutlarda daha yüksek puanlara sahip olması dikkat çekmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç, hekim kontrolüne gitmenin tek başına farkındalık düzeyini yükseltmeyebileceğini; kontrol sırasında verilen eğitimin niteliği, bireyin verilen bilgiyi anlama düzeyi, tedaviye katılımı ve evde izlem davranışlarının da belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Hipertansiyon yönetiminde yalnızca klinik kontrol değil, hastanın aktif katılımını destekleyen eğitim, düzenli izlem ve sağlık okuryazarlığını geliştiren yaklaşımlar önemlidir. Uysal ve Yıldırım (2025) tarafından yapılan çalışmada kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyi arttıkça hipertansiyon öz etkililik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir.

Hastalığa yönelik eğitim alma durumu değerlendirildiğinde yalnızca Symptom Katkısı alt boyutunda anlamlı fark belirlenmiştir. Hastalığa yönelik eğitim almayan bireylerin symptom katkısı puanları eğitim alan bireylerden daha yüksektir. Toplam ölçek puanında ise fark anlamlılık sınırına yaklaşmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgu ilk bakışta beklenenin tersi gibi görünmektedir. Ancak eğitim almayan bireylerin hipertansiyonu daha çok bedensel belirtiler üzerinden yorumlaması, baş ağrısı veya baş dönmesi gibi yakınmaları kan basıncı yüksekliğiyle daha fazla ilişkilendirmesi bu sonucu açıklayabilir. Eğitim alan bireyler ise hipertansiyonun belirti vermeden seyredebileceğini ve düzenli ölçüm yapılmadan fark edilmeyebileceğini daha iyi kavramış olabilir. Bu nedenle hipertansiyon eğitimlerinde yalnızca hastalığın tanımı değil; hastalığın sessiz seyri, evde doğru ölçüm, ölçüm sonuçlarının kaydedilmesi ve komplikasyonların önlenmesi de vurgulanmalıdır.

İlaç tedavisine yönelik eğitim alma durumunda da benzer bir örüntü görülmüştür. İlaç tedavisine yönelik eğitim almayan bireylerin Symptom Katkısı puanları eğitim alan bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir. Toplam ölçek puanında ise anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç, ilaç tedavisi eğitimi almayan bireylerin hipertansiyon yönetimini

daha fazla semptom varlığına göre değerlendirme eğiliminde olabileceğini göstermektedir. İlaç tedavisi eğitimi alan bireyler ise hipertansiyon tedavisinin yalnızca belirti varlığına bağlı olmadığını, belirti olmasa bile tedavinin sürdürülmesi ve kan basıncı kontrolünün izlenmesi gerektiğini daha iyi kavramış olabilir. Karakurt ve ark. (2025), sağlık okuryazarlığı arttıkça ilaç uyumunun da arttığını ve hemşirelerin kişiselleştirilmiş eğitim, etkili iletişim ve düzenli izlem yoluyla ilaç uyumunu destekleyebileceğini bildirmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre yalnızca Özyeterlik alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır. Buna karşın Duyarlılık, Önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu nedenle sigara kullanan bireylerin genel olarak daha iyi akılcı ilaç kullanım davranışına sahip olduğu biçiminde bir yorum yapılmamalıdır. Özyeterlik alt boyutunda görülen farkın, sigara kullanan grubun yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sosyal yaşam özellikleri, sağlık hizmeti kullanımı ya da tedavi deneyimi gibi başka değişkenlerinden etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Nitekim akılcı ilaç kullanımı yalnızca bireyin kendini yeterli hissetmesiyle değil; ilacı doğru dozda, doğru zamanda, hekim önerisine uygun ve güvenli biçimde kullanmasıyla ilişkilidir.

Literatürde sigara kullanımı hipertansiyon yönetimi açısından olumlu bir davranış olarak değerlendirilmemektedir. Kim ve ark. (2025) genç hipertansiyonlu bireylerde antihipertansif ilaç uyumunu etkileyen faktörleri inceledikleri geniş örneklemli çalışmada, sigara kullanmamanın iyi ilaç uyumu ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada daha sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip bireylerde antihipertansif tedaviye uyumun daha iyi olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda yalnızca Özyeterlik alt boyutunda anlamlı fark bulunmasına rağmen sigara kullanımının genel akılcı ilaç kullanımı açısından olumlu yorumlanmaması gerektiğini desteklemektedir (Kim ve ark., 2025).

Vallée (2023) tarafından geniş örneklemli orta yaş popülasyonunda yapılan çalışmada ise sigara ve alkol tüketiminin kan basıncıyla ilişkili olduğu; özellikle mevcut sigara içicilerinde sigara yoğunluğu ve alkol tüketiminin sistolik ve diyastolik kan basıncı üzerinde artırıcı etki gösterebildiği bildirilmiştir. Araştırmacılar, sigara ve alkol tüketiminin antihipertansif ilaç tedavisine ek olarak kan basıncı kontrolünde dikkate alınması gereken yaşam tarzı

değişkenleri olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgu, çalışmamızda sigara kullanımına bağlı toplam akılcı ilaç kullanımı puanında anlamlı fark bulunmamasına rağmen, sigaranın hipertansiyon yönetiminde kardiyovasküler riski artıran bir faktör olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir (Vallée, 2023).

Alkol kullanım durumuna göre Özyeterlik, Duyarlılık, Önemsene ve toplam ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Özyeterlik alt boyutunda fark anlamlılık sınırına yaklaşmış olsa da istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir. Alkol kullanan birey sayısının düşük olması, gruplar arası farkın ortaya çıkmasını sınırlamış olabilir. Bununla birlikte alkol tüketimi hipertansiyon yönetiminde dikkate alınması gereken önemli bir yaşam tarzı değişkenidir. Dünya Sağlık Örgütü, tütün ve alkol kullanımını hipertansiyon için değiştirilebilir risk faktörleri arasında göstermekte; hipertansiyonun çoğu zaman belirti vermediğini ve kan basıncı ölçümünün hastalığın saptanmasında temel yöntem olduğunu belirtmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2025b).

Bu doğrultuda çalışmamızda sigara ve alkol kullanımına göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanında anlamlı fark bulunmaması, bu davranışların hipertansiyon yönetimi açısından önemsiz olduğu anlamına gelmemektedir. Aksine, sigara ve alkol kullanımı kardiyovasküler riskin azaltılması, kan basıncı kontrolü ve yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülmesi açısından mutlaka değerlendirilmesi gereken değişkenlerdir. Bu nedenle hipertansiyonlu bireylerde akılcı ilaç kullanımı eğitimi verilirken yalnızca ilaçların doğru kullanımı değil; sigara bırakma, alkol tüketimini sınırlandırma, düzenli kan basıncı izlemi ve sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürme konuları da bütüncül olarak ele alınmalıdır.

Bu başlık altında elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, kan basıncı farkındalığı ve içgörüsünün cinsiyet ya da medeni durum gibi temel demografik değişkenlerden çok çalışma durumu, meslek, ek hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, ilaç sayısı ve evde ölçüm sıklığı gibi hastalık deneyimi ve öz yönetim davranışlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle çalışmayan, ev hanımı ya da emekli olan, ek hastalığı bulunan, ilaçlarını düzenli alan ve evde daha sık ölçüm yapan bireylerde farkındalık puanlarının daha yüksek olması, hipertansiyonun bireyin günlük yaşamına ne kadar temas ettiğinin farkındalık üzerinde

belirleyici olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte eğitim almayan bireylerde Semptom Katkısı puanlarının yüksek olması, farkındalığın her zaman doğru ve işlevsel bir bilgiye dayanmadığını göstermektedir. Bu nedenle kan basıncı farkındalığını artırmaya yönelik eğitimlerin yalnızca hastalığın ciddiyetini anlatmakla sınırlı kalmaması; hipertansiyonun sessiz seyri, düzenli ölçüm, ölçüm sonuçlarının yorumlanması ve ilaç tedavisinin sürekliliği üzerine kurulması gerekmektedir.

5.2. Hipertansiyonlu Bireylerin Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Akılcı İlaç Kullanımı Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı bu çalışmada genel olarak orta-iyi düzeyde değerlendirilmiştir. Alt boyutlar birlikte incelendiğinde Özyeterlik puanının görece yüksek, Duyarlılık puanının dengeli ve Önemseme puanının geliştirilmesi gereken bir alan olarak öne çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlar, hastaların ilaç kullanımı konusunda belirli bir yeterlilik algısına sahip olduklarını; ancak ilacın doğru, düzenli ve güvenli kullanımını önemseme davranışının eğitim, danışmanlık ve düzenli izlemle daha fazla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Akılcı ilaç kullanımı yalnızca ilacın alınması değil; ilacın doğru zamanda, doğru dozda, önerilen sürede, hekim önerisine uygun ve güvenli biçimde kullanılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü akılcı ilaç kullanımını, hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçları bireysel gereksinimlerine uygun dozlarda, yeterli süre boyunca ve toplum için en düşük maliyetle kullanması olarak tanımlamakta; akılcı olmayan ilaç kullanımının dünyada önemli bir sorun olduğunu ve hastaların önemli bir bölümünün ilaçlarını doğru kullanmadığını belirtmektedir (World Health Organization, 2025a).

Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Düzkale ve Gök Uğur (2026) hipertansiyonlu yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemiş; akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arttıkça ilaç uyumunun da yükseldiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada akılcı ilaç kullanımı puanındaki artışın ilaç uyumu öz yeterliğini pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda Özyeterlik puanının görece yüksek bulunmasını desteklemekte; aynı zamanda Önemseme boyutunun

eğitim ve izlemle güçlendirilmesi gerektiğine ilişkin yorumu da açıklamaktadır (Düz kale ve Gök Uğur, 2026).

Cinsiyete göre akılcı ilaç kullanımı puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kadın ve erkek hastalar arasında toplam puan ve alt boyutlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmaması, akılcı ilaç kullanımının çalışmamızda cinsiyetle doğrudan açıklanamadığını göstermektedir. Bu bulgu, ilaç kullanım davranışının cinsiyetten çok eğitim, sağlık okuryazarlığı, tedavi bilinci, hastalık süresi, ilaç sayısı, ek hastalık varlığı ve sağlık hizmetiyle kurulan ilişki gibi değişkenlerden etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Bu yorumu destekleyen çalışmalardan biri Biffi ve ark. (2020) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analizdir. Araştırmada antihipertansif ilaç tedavisine uyum açısından kadın ve erkekler arasında tutarlı ve anlamlı bir fark gösterilemediği bildirilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda cinsiyete göre akılcı ilaç kullanımı puanlarında anlamlı fark bulunmamasını desteklemektedir (Biffi ve ark., 2020). Bununla birlikte Ruksakulpiwat ve ark. (2024) hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunun yalnızca cinsiyetle değil; yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, ilaç sayısı, hastalık süresi, komorbidite, sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışları gibi çok sayıda değişkenle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle çalışmamızda cinsiyetin anlamlı fark oluşturmaması, akılcı ilaç kullanımının çok boyutlu bir davranış olduğunu ve yalnızca biyolojik ya da demografik bir değişkenle açıklanamayacağını göstermektedir (Biffi ve ark., 2020; Ruksakulpiwat ve ark., 2024).

Medeni duruma göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Evli bireylerde aile desteği nedeniyle ilaç kullanımının daha düzenli olabileceği düşünülebilir; ancak bu çalışmada evli ve bekâr bireyler arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu durum, sosyal desteğin yalnızca varlığından çok niteliğinin, sürekliliğinin ve bireyin ilaç kullanım sorumluluğunu ne ölçüde üstlendiğinin daha önemli olabileceğini düşündürmektedir. Kronik hastalık yönetiminde aile ve eş desteği önemli olmakla birlikte, ilaç kullanım davranışının sürdürülebilirliği bireyin hastalığını anlaması, ilacın gerekliliğini kavraması, tedaviye güven duyması ve sağlık profesyonellerinden aldığı bilgiyi günlük yaşamına aktarabilmesiyle daha yakından ilişkilidir. Shahin ve ark. (2021) tarafından yapılan

sistematiik derlemede, hipertansiyonlu bireylerde sosyal destek ile ilaç uyumu arasında birçok çalışmada pozitif ilişki bulunduğu; ancak sosyal desteğin etkisinin her hasta grubunda aynı düzeyde olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda medeni duruma göre anlamlı fark saptanmamasını açıklayabilir; çünkü evli olmak tek başına yeterli olmayabilir, önemli olan bireyin gerçekten destekleyici ve tedaviye katılımı kolaylaştırıcı bir sosyal çevreye sahip olmasıdır.

Çalışma durumu akılcı ilaç kullanımı açısından anlamlı fark oluşturan değişkenlerden biridir. alışan bireylerin zyeterlik, önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanları çalışmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Buna karşılık Duyarlılık alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç, çalışan bireylerin ilaç kullanımını planlama, sağlık bilgisine erişme, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve tedavi sürecini günlük yaşam içinde organize etme konusunda daha avantajlı olabileceğini düşündürmektedir. alışan bireylerin ekonomik olanaklarının daha iyi olması, sosyal yaşam içinde daha aktif bulunmaları, bilgi kaynaklarına daha kolay ulaşmaları ve sağlık hizmetlerine başvurma konusunda daha girişken davranmaları da bu sonucu destekleyebilir. Karakurt ve ark. (2025), hipertansiyonlu bireylerde sağlık okuryazarlığı arttı ilaç uyumunun da arttığını bildirmiştir. Shen ve ark. (2020) ise hipertansiyonlu bireylerde ilaç okuryazarlığının ilaç uyumu ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkide öz yeterliğin önemli bir aracı rol oynadığını belirtmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda çalışan bireylerde zyeterlik ve toplam akılcı ilaç kullanımı puanlarının daha yüksek bulunmasını desteklemektedir.

Meslek grupları arasında zyeterlik ve toplam ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Memurların Akılcı İlaç Kullanımı puanlarının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu; ev hanımı ve emeklilerin ise daha düşük düzeyde kaldığı grlmştir. Bu sonuç, memur grubunun eğitim düzeyi, düzenli gelir, sosyal güvence, sağlık bilgisine erişim ve sağlık sistemini kullanma becerisi açısından daha avantajlı olabilmesiyle açıklanabilir. Ev hanımı ve emekli bireylerde ise yaşın ilerlemesi, ek hastalıkların ve çoklu ilaç kullanımının daha sık görülmesi, ilaç kullanımında unutma, tedavi yorgunluğu ya da tedaviye ilişkin karmaşıklık gibi durumlar puanları düşürmüş olabilir. Ruksakulpiwat ve ark. (2024), hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunun yaş, ilaç sayısı, hastalık süresi, eşlik

eden hastalıklar, sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışları gibi birçok değişkenden etkilendiğini bildirmiştir. Bu nedenle meslek değişkeni, yalnızca yapılan iş olarak değil; gelir, eğitim, sosyal güvence ve sağlık okuryazarlığıyla birlikte değerlendirilmelidir.

Eğitim düzeyi, akılcı ilaç kullanımı açısından en belirgin farklılık oluşturan değişkenlerden biridir. Özyeterlik, Önemseme ve toplam ölçek puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Genel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe akılcı ilaç kullanımı puanlarının arttığı; lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek, okuryazar olmayan ve yalnızca okuryazar olan bireylerin ise daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bu bulgu, eğitim düzeyinin bireyin reçeteyi okuyabilmesi, ilaç dozunu anlayabilmesi, yan etkileri fark edebilmesi, ilaç prospektüsünü değerlendirebilmesi, hekim önerisi dışında ilaç kullanmaktan kaçınması ve tedavi sürecinde sorumluluk alması açısından önemli olduğunu göstermektedir. Shi ve ark. (2019) hipertansiyonlu bireylerde ilaç okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasında pozitif ilişki bulunduğunu; özellikle ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranış boyutlarının antihipertansif tedaviye uyumla anlamlı biçimde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada gelir düzeyi ve ilaç okuryazarlığının bazı boyutları ilaç uyumuyla ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe akılcı ilaç kullanımı puanlarının artmasını desteklemektedir.

Bu konuda Türkiye’den elde edilen güncel bulgular da çalışmamızla uyumludur. Güzel Turan ve ark. (2026) kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında güçlü ve pozitif ilişki bulunduğunu; ayrıca akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı puanlarının eğitim durumu ve mesleğe göre anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Araştırmacılar, kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının akılcı ilaç kullanımını destekleyebileceğini vurgulamıştır. Bu bulgu, çalışmamızda eğitim düzeyi ve meslek değişkenlerinin akılcı ilaç kullanımı üzerinde belirgin fark oluşturmalarını desteklemektedir.

Ek hastalık varlığına göre yalnızca Önemseme alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. Ek hastalığı olmayan bireylerin ilaç kullanımını önemseme düzeyleri ek hastalığı olan bireylerden daha yüksek bulunmuş; toplam ölçek puanı açısından ise anlamlı fark

saptanmamıştır. Bu bulgu ilk bakışta beklenenin tersine görünmektedir; çünkü ek hastalığı olan bireylerin ilaç kullanımını daha fazla önemsemesi beklenebilir. Ancak ek hastalığı olan bireylerde çoklu ilaç kullanımı, tedavi yükü, yan etki kaygısı, hastalık yorgunluğu, ilaç saatlerini karıştırma ve tedaviyi sürdürmede zorlanma gibi durumlar ilaç kullanımına verilen önemi olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle ek hastalık varlığı her zaman daha iyi ilaç kullanım davranışı anlamına gelmemektedir. Ruksakulpiwat ve ark. (2024) da eşlik eden hastalıkların ve çoklu ilaç kullanımının hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunu etkileyen önemli faktörler arasında yer aldığını belirtmiştir. Bu doğrultuda ek hastalığı olan hipertansiyonlu bireylerde ilaç kullanımını kolaylaştıracak bireyselleştirilmiş eğitim, ilaç çizelgesi, hatırlatıcı uygulamalar ve düzenli hemşirelik danışmanlığı önerilebilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, medeni durumun anlamlı fark oluşturmaması akılcı ilaç kullanımında yalnızca aile yapısının değil, sosyal desteğin niteliğinin ve bireysel sorumluluğun önemli olduğunu göstermektedir. Çalışma durumu, meslek ve eğitim düzeyinde anlamlı farklılıkların ortaya çıkması ise akılcı ilaç kullanımının sosyoekonomik olanaklar, sağlık okuryazarlığı, tedaviye ilişkin bilgi düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimle yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ek hastalığı olan bireylerde ilaç kullanımını önemseme düzeyinin daha düşük bulunması ise çoklu hastalık ve çoklu ilaç kullanımının tedavi yükünü artırabileceğini göstermektedir. Bu nedenle hipertansiyonlu bireylerde akılcı ilaç kullanımını geliştirmeye yönelik girişimler, yalnızca ilaç bilgisini artırmaya değil; bireyin eğitim düzeyi, mesleki durumu, sosyal destek kaynakları, ek hastalık varlığı ve ilaç kullanım sorumluluğu dikkate alınarak planlanmalıdır.

Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma durumu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği açısından beklenen yönde anlamlı sonuç vermiştir. İlaçlarını düzenli alan bireylerin Özyeterlik, Önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanları düzenli almayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir. Duyarlılık alt boyutunda ise anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu, akılcı ilaç kullanımının tedaviyi hekim önerisine uygun sürdürme, doz atlamama, ilacı zamanında alma ve tedavinin gerekliliğini kavrama davranışlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Çakmak ve Çınar Pakyüz (2020) tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmede

geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir. Düzkale ve Gök Uğur (2026) de akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığının hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunu desteklediğini belirtmiştir.

Kullanılan hipertansiyon ilacı sayısına göre Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve toplam ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu, antihipertansif ilaç sayısının tek başına akılcı ilaç kullanımını belirlemediğini göstermektedir. Birden fazla ilaç kullanmak hastalığın ciddiyet algısını artırabilir; ancak ilaçların amacını bilme, dozlarını doğru kullanma, yan etki durumunda sağlık profesyoneline başvurma ve tedaviyi kendi kararıyla değiştirmeme gibi davranışlar daha belirleyicidir. Dünya Sağlık Örgütü, akılcı olmayan ilaç kullanımının önemli örnekleri arasında çoklu ilaç kullanımını, uygunsuz kendi kendine ilaç kullanımını ve doz rejimlerine uyumsuzluğu göstermektedir (World Health Organization, 2025a). Bu nedenle ilaç sayısına göre anlamlı fark bulunmasa bile, çoklu ilaç kullanan hipertansiyon hastalarında ilaç etkileşimleri ve tedavi uyumu düzenli olarak değerlendirilmelidir.

Düzenli kan basıncı ölçümü yapan bireylerde Önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Özyeterlik ve Duyarlılık alt boyutlarında ise anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç, kan basıncını düzenli izleyen bireylerin ilaç kullanımını daha fazla önemseyebileceğini ve tedavi sürecine daha aktif katılabileceğini düşündürmektedir. Düzenli ölçüm yapan bireyler ilacın kan basıncı üzerindeki etkisini gözlemleyebilir, yüksek ya da düşük ölçüm değerlerini fark edebilir ve gerektiğinde sağlık profesyoneline başvurma gereksinimini daha erken değerlendirebilir. Mustara ve ark. (2025) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, hipertansiyon hastalarına verilen sağlık eğitiminin ilaç uyumunu artırdığı; özellikle bireyselleştirilmiş ve yüz yüze verilen eğitimlerin daha etkili olduğu bildirilmiştir.

Evde kan basıncı ölçüm sıklığına göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç, evde ölçüm sıklığının akılcı ilaç kullanımı açısından tek başına belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Ölçümün sık yapılması, ölçüm sonuçlarının doğru yorumlandığı ya da ilaç kullanımına doğru biçimde

yansıtıldığı anlamına gelmeyebilir. Bu nedenle hipertansiyon eğitimlerinde yalnızca ölçüm sıklığı değil; ölçüm tekniği, ölçüm kayıtlarının tutulması, sonuçların ne anlama geldiği ve hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği de açıklanmalıdır. Bu yaklaşım, ölçüm davranışının akılcı ilaç kullanımına dönüşmesini kolaylaştırabilir.

Doktor kontrolüne düzenli gitme durumu, akılcı ilaç kullanımı açısından güçlü bir farklılık oluşturmuştur. Düzenli kontrole giden bireylerin Özyeterlik, Önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanları düzenli kontrole gitmeyen bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir. Duyarlılık alt boyutunda ise fark anlamlılık sınırına yaklaşmış ancak anlamlı kabul edilmemiştir. Bu bulgu, düzenli hekim kontrolünün bireyin ilaç kullanımına ilişkin bilgisini, tedaviye güvenini ve öz yeterlik algısını güçlendirebileceğini göstermektedir. Kontroller sırasında kan basıncı değerleri izlenmekte, ilaçların etkisi ve yan etkileri değerlendirilebilmekte, doz düzenlemeleri yapılabilmekte ve hastaya danışmanlık verilebilmektedir. Karakurt ve ark. (2025), hipertansiyonlu bireylerde sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumunun ilişkili olduğunu; hemşirelerin kişiselleştirilmiş eğitim ve etkili iletişimle ilaç uyumunu destekleyebileceğini belirtmiştir.

Hastalığa yönelik eğitim alma durumu, akılcı ilaç kullanımı açısından en güçlü farklılık oluşturan değişkenlerden biridir. Hastalığa yönelik eğitim alan bireylerin Özyeterlik, Önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanları eğitim almayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuç, hipertansiyona yönelik hastalık eğitiminin bireyin hastalığı tanımasına, tedavi sürecine aktif katılmasına ve ilaç kullanımını daha bilinçli sürdürmesine katkı sağladığını göstermektedir. Çakmak ve Pakyüz (2021) tarafından hipertansiyon tedavisi alan hastalarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığını artırdığı; ayrıca eğitim sonrasında kan basıncı değerlerinde azalma olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda hastalığa yönelik eğitim alan bireylerin akılcı ilaç kullanımı puanlarının daha yüksek bulunmasını desteklemektedir (Çakmak ve Pakyüz, 2021).

Ayodapo ve ark. (2020) hipertansiyonlu bireylerde hasta eğitimi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hipertansiyona ilişkin bilgi düzeyi arttıkça ilaç uyumunun da

arttığını bildirmiştir. Araştırmacılar, hasta eğitiminin hipertansiyon yönetiminde çoğu zaman göz ardı edilen ancak ilaç uyumunu güçlendiren önemli bir bileşen olduğunu vurgulamıştır. Bu sonuç, hastalığa yönelik eğitimin yalnızca bilgi kazandırmadığını; aynı zamanda bireyin tedaviyi anlama, ilacın gerekliliğini kavrama ve tedavi sürecine katılımını artırma yönünde etkili olabileceğini göstermektedir (Ayodapo ve ark., 2020).

İlaç tedavisine yönelik eğitim alma durumu da benzer biçimde anlamlı sonuç vermiştir. İlaç tedavisine yönelik eğitim alan bireylerin Özyeterlik, Önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanları eğitim almayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, ilaç tedavisine yönelik eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. İlaç eğitimi alan bireyler ilacın ne amaçla verildiğini, hangi dozda ve ne zaman kullanılacağını, olası yan etkileri, ilaç etkileşimlerini, ilacı saklama koşullarını ve tedaviyi kendi kararıyla bırakmaması gerektiğini daha iyi kavrayabilir. Bu durum bireyin ilaç kullanımına ilişkin özyeterliliğini artırırken, tedavinin sürekliliğini önemsemesine de katkı sağlamaktadır. Mustara ve ark. (2025) hipertansiyonlu bireylerde sağlık eğitiminin ilaç uyumuna etkisini inceleyen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, sağlık eğitiminin ilaç uyumunu artırmada etkili olduğunu bildirmiştir. Çalışmada özellikle bireyselleştirilmiş, yüz yüze verilen ve 1-3 ay sürdürülen eğitimlerin daha etkili olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda ilaç tedavisine yönelik eğitim alan bireylerin akılcı ilaç kullanımı puanlarının daha yüksek bulunmasını desteklemekte; eğitimle desteklenen bireylerin ilaçlarını daha bilinçli, düzenli ve güvenli kullanma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Mustara ve ark., 2025).

Benzer şekilde Paczkowska ve ark. (2021), hipertansiyon tedavisi alan bireylerde hastalık bilgisi ile tedaviye uyum ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkiyi incelemiş; hipertansiyon hakkında daha yüksek bilgi düzeyine sahip bireylerde ilaç uyumu ve sağlıklı yaşam davranışlarının daha iyi olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar, hipertansiyon tedavisinin etkinliğini artırmak için hastaların hastalık ve tedavi konusunda düzenli olarak eğitilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu sonuç, çalışmamızda hem hastalık eğitimi hem de ilaç tedavisine yönelik eğitim alan bireylerde akılcı ilaç kullanımı puanlarının yüksek bulunmasını açıklayıcı niteliktedir (Paczowska ve ark., 2021).

Dünya Sağlık Örgütü de akılcı ilaç kullanımını desteklemek için halkın ilaçlar konusunda eğitilmesini temel müdahaleler arasında göstermekte; akılcı ilaç kullanımını, hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçları uygun dozda, yeterli süre boyunca ve toplum için en düşük maliyetle kullanması olarak tanımlamaktadır. Aynı kaynakta akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın bir sorun olduğu, hastaların ilaçları doğru kullanmamasının önemli sağlık risklerine ve kaynak kaybına yol açtığı belirtilmektedir World Health Organization, 2020). Bu doğrultuda ilaç tedavisine yönelik eğitimin hipertansiyonlu bireylerde yalnızca tedaviye uyumu değil, aynı zamanda akılcı ilaç kullanımının temel bileşenleri olan doğru doz, doğru zaman, doğru süre, yan etki farkındalığı ve hekime danışmadan tedaviyi değiştirmeme davranışlarını da güçlendirdiği söylenebilir.

Sigara kullanım durumuna göre yalnızca Özyeterlik alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır. Buna karşın Duyarlılık, Önemseme ve toplam ölçek puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu nedenle sigara kullanan bireylerin genel olarak daha iyi akılcı ilaç kullanım davranışına sahip olduğu biçiminde bir yorum yapılmamalıdır. Özyeterlikteki fark, sigara kullanan grubun yaş, çalışma durumu, cinsiyet ya da sosyal yaşam özellikleri gibi başka değişkenlerinden etkilenmiş olabilir. Sigara hipertansiyon yönetiminde kardiyovasküler riski artıran önemli bir yaşam tarzı faktörüdür. Bu nedenle yalnızca özyeterlikteki farklılığa dayanarak sigara kullanımı olumlu bir davranış gibi değerlendirilmemelidir.

Bu yorum literatürle uyumludur. Kim ve ark. (2025) hipertansiyonlu genç yetişkinlerde ilaç uyumunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, sigara kullanmamanın iyi antihipertansif ilaç uyumu ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada daha sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip bireylerde tedaviye uyumun daha iyi olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda sigara kullanan bireylerde yalnızca Özyeterlik alt boyutunda fark bulunmasına rağmen toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanında anlamlı fark olmamasını desteklemekte; sigara kullanımının akılcı ilaç kullanımı açısından olumlu bir davranış olarak yorumlanmaması gerektiğini göstermektedir (Kim ve ark., 2025).

Alkol kullanım durumuna göre Özyeterlik, Duyarlılık, Önemseme ve toplam ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Özyeterlik alt boyutunda fark anlamlılık sınırına yaklaşmış olsa da anlamlı kabul edilmemiştir. Alkol kullanan birey sayısının düşük olması gruplar arası farkın ortaya çıkmasını sınırlamış olabilir. Buna karşın alkol tüketimi hipertansiyon yönetiminde dikkate alınması gereken yaşam tarzı değişkenleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü fazla alkol tüketimini hipertansiyon için değiştirilebilir risk faktörlerinden biri olarak belirtmekte ve hipertansiyonun önlenmesinde alkol tüketiminin sınırlandırılmasını önermektedir (World Health Organization, 2025b).

Vallée (2023) orta yaş grubunda sigara ve alkol tüketimi ile kan basıncı arasındaki ilişkiyi incelemiş; sigara ve alkol kullanımının özellikle mevcut sigara içicilerinde daha yüksek sistolik ve diyastolik kan basıncıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar, sigara ve alkolün birlikte bulunmasının kan basıncı üzerinde olumsuz etki gösterebileceğini vurgulamıştır. Bu sonuç, çalışmamızda sigara ve alkol kullanımına göre toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanında anlamlı fark bulunmamasına rağmen, bu değişkenlerin hipertansiyon yönetiminde mutlaka değerlendirilmesi gereken risk faktörleri olduğunu desteklemektedir (Vallée, 2023).

Bu bölümün en belirgin sonuçlarından biri, Duyarlılık alt boyutunda hiçbir demografik ya da hastalıkla ilişkili değişkene göre anlamlı farklılık bulunmamasıdır. Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, meslek, eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma, ilaç sayısı, kan basıncı ölçümü, doktor kontrolü, hastalık eğitimi, ilaç eğitimi, sigara ve alkol kullanımı Duyarlılık puanını anlamlı biçimde değiştirmemiştir. Bu sonuç, duyarlılığın araştırma grubunda daha homojen dağıldığını düşündürmektedir. Duyarlılık, ilaca karşı dikkatli olma, ilaç kullanırken riskleri fark etme ya da ilaç kullanımına ilişkin hassasiyet geliştirme gibi bireysel özellikleri yansıtır olabilir. Bu nedenle duyarlılık, demografik değişkenlerden çok önceki yan etki deneyimleri, ilaçlara ilişkin kişisel inançlar, sağlık profesyoneliyle kurulan iletişimin niteliği ve genel sağlık algısı gibi ölçülmeyen değişkenlerden etkilenmiş olabilir.

Akılcı ilaç kullanımı bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, toplam ölçek puanının çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, hipertansiyon ilaçlarını düzenli alma, düzenli kan

basıncı ölçümü, doktor kontrolüne düzenli gitme, hastalığa yönelik eğitim alma ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna karşılık cinsiyet, medeni durum, ek hastalık varlığı, hipertansiyon ilaç sayısı, evde ölçüm sıklığı, sigara ve alkol kullanımı toplam puan açısından anlamlı değildir. Bu sonuçlar, akılcı ilaç kullanımının temel demografik özelliklerden çok eğitim, sağlık okuryazarlığı, düzenli sağlık hizmeti teması, ilaç uyumu ve hastalık yönetimine aktif katılım gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Ruksakulpiwat ve ark. (2024) tarafından yapılan sistematik derlemede de hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunun yaş, cinsiyet, ilaç sayısı, ekonomik durum, hastalık süresi, ek hastalık varlığı ve sağlık davranışları gibi çok sayıda değişkenle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu, akılcı ilaç kullanımının tek bir değişkenle açıklanamayacağını; bireysel, klinik ve davranışsal özelliklerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Ruksakulpiwat ve ark., 2024).

Bu doğrultuda, çalışmamızda sigara ve alkol kullanımına göre toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanında anlamlı fark bulunmaması, bu davranışların hipertansiyon yönetimi açısından önemsiz olduğu anlamına gelmemektedir. Aksine, sigara ve alkol kullanımı kardiyovasküler riskin azaltılması, kan basıncı kontrolünün sağlanması ve yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülmesi açısından mutlaka ele alınması gereken değişkenlerdir. Bu nedenle hipertansiyonlu bireylerde akılcı ilaç kullanımı eğitimi verilirken yalnızca ilaçların doğru kullanımı değil; sigara bırakma, alkol tüketimini sınırlandırma, düzenli kan basıncı izlemi, doktor kontrolüne devam etme ve sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürme konuları da bütüncül biçimde ele alınmalıdır.

5.3. Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, genel hastalık farkındalığı ve tedavi gereksinimi farkındalığı alt boyutları ile akılcı ilaç kullanımı toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşılık semptom katkısı, negatif sonuçların farkındalığı ve Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı ile özyeterlik,

önemseme ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı ilişki saptanmıştır. Duyarlılık alt boyutu ile kan basıncı farkındalığı-içgörü ölçeği ve alt boyutları arasında ise anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bu bulgu, hipertansiyon hastalarında farkındalık düzeyindeki artışın her zaman akılcı ilaç kullanımını artırmadığını; özellikle semptom ve komplikasyon algısına dayalı farkındalığın bazı bireylerde doğru ilaç kullanımı davranışına dönüşmeyebileceğini göstermektedir.

Çalışmada semptom katkısı alt boyutu ile özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunması dikkat çekicidir. Bu sonuç, bireyin hipertansiyonu daha fazla semptomlarla ilişkilendirmesi durumunda ilaç kullanımına yönelik kendine güveninin ve tedaviyi önemseme düzeyinin azalabileceğini düşündürmektedir. Hipertansiyonun çoğu zaman belirti vermeden ilerleyen kronik bir hastalık olduğu dikkate alındığında, hastalığın yalnızca semptom varlığı üzerinden değerlendirilmesi doğru tedavi davranışını olumsuz etkileyebilir. Semptom hissetmeyen birey ilacı gereksiz görebilir, kan basıncı yükseldiğinde ise ilacın dozunu kendi kararıyla artırma, azaltma, değiştirme ya da kesme eğilimi gösterebilir. Bu durum, farkındalığın niteliğinin önemini ortaya koymaktadır. Başka bir ifadeyle, semptom temelli farkındalık her zaman işlevsel farkındalık anlamına gelmemektedir.

Literatürde hipertansiyonun asemptomatik seyri ve hastaların semptom odaklı hastalık algısının tedaviye uyumu olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, hipertansiyonlu bireylerin çoğunda belirti görülmeyebileceğini ve hipertansiyonu saptamanın en güvenilir yolunun kan basıncı ölçümü olduğunu bildirmektedir (World Health Organization, 2023). Bu bilgi, çalışmada semptom katkısı puanları arttıkça akılcı ilaç kullanımının azalmasını açıklamaktadır. Çünkü birey hastalığı semptom üzerinden anlamlandırırdığında, semptom yokluğunu hastalığın kontrol altında olduğu şeklinde yorumlayabilir. Bu durumda düzenli ilaç kullanımı yarıda kalabilir ve tedavi davranışı sürdürülebilir olmaktan uzaklaşabilir.

Bu bulgu, hastalık algısı ve ilaç uyumu üzerine yapılan çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde anlamlıdır. Alfian ve ark. (2022), hipertansiyonlu bireylerde hastalık

algısının farklı boyutlarının ilaç uyumsuzluğu ile farklı biçimlerde ilişkili olduğunu; özellikle hastalığı anlama, tedavi kontrolü ve duygusal yanıt gibi alanların ilaç kullanım davranışını etkileyebildiğini bildirmiştir. Ozumba ve ark. (2023) ise hipertansiyonun kronik doğasının bazı bireylerde hastalığa alışma ve ilaçları ihmal etme eğilimine yol açabileceğini, hastalığa yönelik kaygı, korku ve olumsuz duygusal yanıtların ilaç alma davranışını engelleyebileceğini belirtmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızda semptom katkısı ve negatif sonuçların farkındalığı arttıkça akılcı ilaç kullanımının azalmasını desteklemektedir. Bireyin hastalığı daha çok belirti, kaygı ve tehdit üzerinden algılaması, tedaviye yönelik güven ve özyeterlik gelişmediğinde ilaç kullanımını güçlendirmek yerine zayıflatabilir.

Çalışmada negatif sonuçların farkındalığı alt boyutu ile özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı arasında da negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, hipertansiyonun kalp hastalığı, inme, böbrek hastalığı ya da görme kaybı gibi ciddi sonuçlarına ilişkin farkındalık artmasına rağmen, bu farkındalığın her zaman doğru ilaç kullanımı davranışını desteklemediğini göstermektedir. Hastalığın olumsuz sonuçlarını bilmek, bireyin tedaviyi sürdürebileceğine ilişkin güveniyle desteklenmediğinde kaygı, çaresizlik, tedavi yükü algısı ya da kontrol kaybı duygusu oluşturabilir. Bu durumda birey hastalığın ciddiyetini bilse bile ilaçlarını düzenli kullanmayabilir, ilaç yan etkilerinden endişe duyabilir ya da farmakolojik tedavi yerine yalnızca yaşam tarzı değişiklikleri, bitkisel uygulamalar veya kendi deneyimlerine dayalı non-farmakolojik yöntemlere yönelebilir. Bu durum, akılcı ilaç kullanımının kesintiye uğramasına neden olabilir.

Benzer şekilde Gascón ve ark. (2004), hipertansiyon tedavisine uyumsuzluğu etkileyen faktörlerin karmaşık olduğunu; hastaların antihipertansif ilaçlara yönelik korku ve olumsuz imajlarının, hastalık hakkında yetersiz bilgiye sahip olmalarının ve hasta-hekim iletişimindeki sınırlılıkların tedaviye uyumu olumsuz etkileyebildiğini bildirmiştir. Zhou ve ark. (2024) tarafından yapılan nitel sistematik derlemede de antihipertansif ilaç kullanımına uyumu etkileyen engellerin yalnızca bilgi eksikliğiyle sınırlı olmadığı; yan etki korkusu, tedaviye ilişkin inançlar, sağlık sistemiyle iletişim, sosyal destek ve bireysel deneyimler gibi çok sayıda faktörün ilaç kullanım davranışında belirleyici olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda farkındalık artmasına rağmen akılcı ilaç kullanımının azalmasını açıklamada

önemlidir. Çünkü bireyin hastalığın sonucunu bilmesi, ilacı doğru kullanabileceğine inanması ve sağlık profesyoneline yeterli destek almasıyla birleşmediğinde davranış değişikliği oluşturmaz.

Çalışmanın bulguları, bazı yönleriyle literatürdeki farklı sonuçlarla da karşılaştırılmalıdır. Shaky ve ark. (2020), hipertansiyon hastalarında hastalık algısı ile tedaviye uyum arasında ilişki olduğunu ve hastalık algısının güçlendirilmesinin tedavi uyumunu destekleyebileceğini bildirmiştir. Benzer şekilde Baharvand ve ark. (2023), hipertansiyon algısının tedaviye uyumu etkileyebileceğini belirtmiştir. Babazadeh ve ark. (2024), hipertansiyonlu yaşlı bireylerde hastalık algısı ve sağlık okuryazarlığı boyutlarının ilaç uyumunun önemli belirleyicileri olduğunu göstermiştir. Shiraly ve ark. (2022) ise hipertansiyona bağlı komplikasyon risk algısının daha yüksek olmasının antihipertansif tedaviye uyumla pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmalar ilk bakışta çalışmamızın negatif ilişki bulgusuyla çelişiyor gibi görünmektedir. Ancak bu farklılık, farkındalığın içeriği ve niteliğiyle açıklanabilir. Literatürde olumlu sonuç veren farkındalık genellikle hastalığı anlama, tedavinin gerekliliğini kabul etme, sağlık okuryazarlığı, ilaçların yararına inanma ve sağlık profesyoneliyle etkili iletişim kurma gibi destekleyici faktörlerle birlikte ele alınmaktadır. Çalışmamızda ise negatif ilişki özellikle semptom katkısı ve negatif sonuçların farkındalığı boyutlarında ortaya çıkmıştır. Bu durum, farkındalığın her biçiminin aynı davranışsal sonucu oluşturmadığını göstermektedir.

Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı ilişki bulunması da bu yorumu desteklemektedir. Ölçek toplam puanı ile özyeterlik ve önemseme alt boyutları arasında negatif yönlü ilişki saptanmış, duyarlılık alt boyutunda ise anlamlı ilişki belirlenmemiştir. Bu sonuç, kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyi arttıkça bireyin ilaç kullanımına ilişkin özyeterlik ve tedaviyi önemseme düzeyinin azalabileceğini düşündürmektedir. Ancak ilişkinin düşük düzeyli olması, bu sonucun tek başına farkındalıkla açıklanamayacağını göstermektedir. Gerretsen ve ark. (2018) tarafından geliştirilen Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği'nin hipertansiyona özgü öznel farkındalık alanlarını değerlendirdiği dikkate alındığında, çalışmamız farkındalığın niceliğinden çok niteliğinin önemini ortaya

koymaktadır. Farkındalık bireyin hastalığını anlamasını, ölçüm yapmasını, tedavinin gerekliliğini kabul etmesini ve ilacı doğru kullanmasını sağladığında olumlu bir etki oluşturabilir. Buna karşılık semptom, tehdit, kaygı ve komplikasyon algısı ön plana çıktığında, özellikle sağlık okuryazarlığı ve özyeterlik yeterli değilse, akılcı ilaç kullanımı olumsuz etkilenebilir.

Regresyon analizi bulguları korelasyon sonuçlarını desteklemiştir. Basit doğrusal regresyon analizinde Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanının Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanını negatif yönde ve anlamlı biçimde açıkladığı belirlenmiştir. Modelde kan basıncı farkındalığı-içgörü puanındaki bir birimlik artışın akılcı ilaç kullanımı puanında azalma ile ilişkili olduğu görülmüş, modelin akılcı ilaç kullanımındaki değişimin %4.2'sini açıkladığı saptanmıştır. Açıklanan varyansın düşük olması, kan basıncı farkındalığı-içgörünün akılcı ilaç kullanımını etkileyen faktörlerden yalnızca biri olduğunu göstermektedir. Akılcı ilaç kullanımı; eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı, ilaç okuryazarlığı, tedaviye ilişkin inançlar, yan etki deneyimi, hasta-hekim iletişimi, sosyal destek, ek hastalık varlığı, ilaç sayısı, ekonomik durum ve tedavi süresi gibi çok sayıda değişkenden etkilenmektedir.

Bu yorum literatürle uyumludur. Ruksakulpiwat ve ark. (2024) tarafından yapılan sistematik derlemede, hipertansiyonlu yaşlı bireylerde ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin çok boyutlu olduğu; kullanılan ilaç sayısı, ekonomik durum, yaş, hastalık süresi, ek hastalıklar, sağlık okuryazarlığı, hastalık algısı, ilaç inançları, hasta-hekim ilişkisi, özyeterlik ve sosyal desteğin ilaç uyumunda etkili olduğu bildirilmiştir. Guo ve ark. (2023), hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı ve sosyal desteğin ilaç uyumu üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri olduğunu göstermiştir. Shen ve ark. (2020) ise hipertansiyon hastalarında ilaç okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide özyeterliğin aracı rol oynadığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızda farkındalık arttığı halde akılcı ilaç kullanımının azalmasının, sağlık okuryazarlığı ve özyeterlik gibi aracı değişkenlerin yeterince gelişmemesiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Hipertansiyon tedavisinin uzun süreli ve çoğu zaman yaşam boyu sürmesi de negatif ilişkinin açıklanmasında önemlidir. Zamanla bireylerin tedavi yorgunluğu yaşaması, semptom olmadığında ilacı gereksiz görmesi, yan etki korkusu nedeniyle ilacı bırakması veya kan basıncı kontrol altına alındığında ilaç kullanma gereksiniminin ortadan kalktığını düşünmesi mümkündür. Shiraly ve ark. (2022), antihipertansif tedavi süresi arttıkça ilaç uyumunun azalabildiğini ve genel olarak tedaviye uyumun zaman içinde düşebildiğine yönelik kanıtlar bulunduğunu bildirmiştir. Lee ve Lee (2023) ise antihipertansif ilaçların kesilmesi sonrasında kan basıncının zamanla yeniden yükseldiğini ve ilacı bırakma sürecinde hastalarda kaygı gibi duygusal zorlanmalar görülebildiğini belirtmiştir. Bu bulgular, hipertansiyonun kronik doğası nedeniyle farkındalığın zamanla davranışa dönüşmeyebileceğini ve ilaç kullanımının sürdürülebilirliğinin ayrıca desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada elde edilen negatif ilişkinin bir diğer olası açıklaması, bazı hastaların farmakolojik tedavi ile non-farmakolojik yaklaşımları birbirinin tamamlayıcısı olarak değil, birbirinin alternatifi olarak değerlendirmesi olabilir. Hipertansiyon yönetiminde tuz kısıtlaması, kilo kontrolü, fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması ve sağlıklı beslenme gibi yaşam tarzı değişiklikleri temel öneme sahiptir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü, yaşam tarzı değişikliklerinin kan basıncını düşürmeye yardımcı olabileceğini, buna rağmen birçok hastada ilaç tedavisine gereksinim devam edebileceğini belirtmektedir (World Health Organization, 2025a). Bu nedenle hastanın yaşam tarzı değişikliği yaptığını düşünerek ilacını azaltması ya da bırakması akılcı ilaç kullanımı açısından uygun değildir. Çalışmamızda farkındalık arttıkça akılcı ilaç kullanımının azalması, bazı bireylerin hastalığın ciddiyetini fark etmesine rağmen bu farkındalığı düzenli ilaç kullanımı yerine yalnızca non-farmakolojik uygulamalara yönelme şeklinde yorumlamış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu noktada zıt literatürün de dikkate alınması gerekmektedir. Shiraly ve ark. (2022), komplikasyon risk algısı yüksek olan bireylerde antihipertansif ilaç uyumunun daha iyi olduğunu bildirmiştir. Shakya ve ark. (2020) ve Babazadeh ve ark. (2024) da hastalık algısının ve sağlık okuryazarlığının tedaviye uyumu desteklediğini belirtmiştir. Bu çalışmalar, farkındalığın doğru yapılandırıldığında ilaç kullanım davranışını olumlu etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamızdaki farklı sonuç ise, farkındalığın daha çok

semptom ve olumsuz sonuç algısı üzerinden geliştiğinde, bireyde tedaviye yönelik güven ve özyeterlik oluşmadığı takdirde akılcı ilaç kullanımını azaltabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Bu nedenle sonuçlar literatürle tamamen çelişkili değil, farkındalığın farklı boyutlarının farklı davranışsal sonuçlar doğurabileceğini ortaya koyan tamamlayıcı bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Duyarlılık alt boyutu ile Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmaması da tartışılması gereken bir diğer bulgudur. Duyarlılık alt boyutunun anlamlı ilişki göstermemesi, bu boyutun hipertansiyon farkındalığından daha farklı bir davranışsal alanı yansıttığını düşündürmektedir. Duyarlılık; ilaç kullanımında dikkatli olma, ilaçlara karşı hassasiyet geliştirme, yan etkileri fark etme ya da risklere karşı dikkatli davranma eğilimiyle ilişkili olabilir. Ancak bu eğilim, bireyin hipertansiyonu semptomlarla ilişkilendirmesi ya da komplikasyonları bilmesiyle doğrudan bağlantılı olmayabilir. Bu nedenle duyarlılığın daha çok kişisel ilaç deneyimleri, yan etki yaşama durumu, sağlık profesyoneliyle iletişim, önceki tedavi deneyimleri ve ilaç güvenliği algısı gibi değişkenlerden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmanın bulgusu hipertansiyon hastalarında farkındalığın tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyinin artması, ancak doğru bilgi, sağlık okuryazarlığı, ilaç okuryazarlığı, özyeterlik, düzenli izlem ve sağlık profesyoneli desteğiyle birleştiğinde akılcı ilaç kullanımına dönüşebilir. Semptom ve tehdit odaklı farkındalık ise bireyde kaygı, tedavi yükü algısı, ilaç yan etkisi korkusu veya farmakolojik tedaviyi yarıda bırakma eğilimi oluşturabilir. Bu nedenle hipertansiyonlu bireylere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde yalnızca hastalığın komplikasyonları anlatılmamalı; hipertansiyonun sessiz seyri, düzenli kan basıncı ölçümünün önemi, ilaçların düzenli ve hekim önerisine uygun kullanılması, yan etkilerle baş etme, ilaçların kendi kararıyla kesilmemesi, yaşam tarzı değişikliklerinin ilaç tedavisinin yerine değil tamamlayıcısı olarak görülmesi ve tedavi sürecinde sağlık profesyoneliyle iletişimin sürdürülmesi birlikte ele alınmalıdır. Mustara ve ark. (2025), hipertansiyon hastalarında sağlık eğitiminin ilaç uyumunu artırdığını ve özellikle bireyselleştirilmiş yüz yüze eğitimlerin daha etkili olduğunu bildirmiştir. Bu doğrultuda çalışmamız, hipertansiyon

hastalarında farkındalık ve içgörünün akılcı ilaç kullanımına dönüştürülmesi için yapılandırılmış, bireyselleştirilmiş ve davranış odaklı eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

5.4. Çalışmanın Literatüre ve Klinik Uygulamaya Katkıları

Bu araştırma, hipertansiyonlu bireylerde kan basıncı farkındalığı-içgörü düzeyi ile akılcı ilaç kullanımını birlikte ele alması bakımından literatüre katkı sağlamaktadır. Hipertansiyonla ilgili çalışmalarda farkındalık, ilaç uyumu, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı çoğunlukla ayrı değişkenler olarak değerlendirilmektedir. Bu araştırmada ise kan basıncı farkındalığının alt boyutları ile akılcı ilaç kullanımının alt boyutları birlikte incelenmiş; böylece farkındalığın ilaç kullanım davranışıyla hangi yönlerden ilişkili olduğu daha ayrıntılı biçimde ortaya konmuştur.

Araştırmanın önemli katkılarından biri, hipertansiyon farkındalığının tek başına olumlu bir sağlık davranışı göstergesi olarak değerlendirilmemesi gerektiğini göstermesidir. Özellikle Semptom Katkısı, Negatif Sonuçların Farkındalığı ve toplam Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü puanının Özyeterlik, Önemseme ve toplam Akılcı İlaç Kullanımı puanlarıyla negatif yönde ilişkili bulunması, farkındalığın niteliğinin önemini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, hipertansiyon farkındalığının yalnızca hastalığı bilme ya da komplikasyonlardan haberdar olma düzeyiyle sınırlı olmadığını; bireyin bu bilgiyi nasıl yorumladığı, tedaviye nasıl yansıttığı ve ilaç kullanım davranışına nasıl dönüştürdüğüyle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Araştırma, semptom temelli ve tehdit odaklı farkındalığın akılcı ilaç kullanımı açısından her zaman destekleyici olmayabileceğini göstermesi bakımından da dikkat çekicidir. Hipertansiyonun çoğu zaman belirti vermeden seyreden bir hastalık olması nedeniyle bireyin hastalığı yalnızca semptomlarla ilişkilendirmesi, düzenli ilaç kullanımını ve tedaviyi sürdürme davranışını olumsuz etkileyebilir. Benzer biçimde, komplikasyonlara yönelik farkındalığın öz yeterlik ve sağlık okuryazarlığı ile desteklenmemesi durumunda bireyde kaygı, tedavi yükü algısı veya ilaç yönetiminde zorlanma oluşabilir. Bu yönüyle çalışma,

hipertansiyon eğitimlerinde yalnızca farkındalık kazandırmanın değil, farkındalığı işlevsel davranışa dönüştürmenin önemini vurgulamaktadır.

Araştırmanın bir diğer katkısı, akılcı ilaç kullanımının yalnızca bireyin demografik özellikleriyle açıklanamayacağını göstermesidir. Araştırmada çalışma durumu, meslek, eğitim düzeyi, düzenli ilaç kullanımı, düzenli kan basıncı ölçümü, doktor kontrolüne gitme, hastalığa yönelik eğitim alma ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alma gibi değişkenlerin akılcı ilaç kullanımıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu durum, akılcı ilaç kullanımının bireyin sağlık okuryazarlığı, tedaviye katılımı, sağlık hizmetleriyle teması ve ilaç kullanım sorumluluğu ile yakından ilişkili çok boyutlu bir davranış olduğunu göstermektedir.

Kan basıncı farkındalığı açısından değerlendirildiğinde ise çalışma durumu, meslek, ek hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, kullanılan ilaç sayısı ve evde ölçüm sıklığı gibi değişkenlerin önemli olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, hipertansiyon farkındalığının bireyin yalnızca hastalık tanısına sahip olmasıyla değil; hastalık deneyimi, tedavi süreci, günlük yaşam koşulları ve öz izlem davranışlarıyla birlikte şekillendiğini göstermektedir. Özellikle evde kan basıncı ölçüm sıklığı ve düzenli ilaç kullanımı gibi değişkenlerin öne çıkması, hipertansiyon yönetiminde bireyin aktif katılımının önemini desteklemektedir.

Araştırma hemşirelik uygulamaları açısından da katkı sunmaktadır. Bulgular, hipertansiyonlu bireylerde kan basıncı farkındalığı, hastalık içgörüsü ve akılcı ilaç kullanımının birlikte değerlendirilmesinin bireyselleştirilmiş bakım planları açısından önemli olduğunu göstermektedir. Hemşireler, hipertansiyonlu bireylerin yalnızca ilaç kullanıp kullanmadığını değil; ilacı nasıl kullandığını, kan basıncı değerlerini nasıl yorumladığını, hastalığı semptomlarla ilişkilendirip ilişkilendirmediğini, komplikasyonlara yönelik bilgisinin kaygı mı yoksa davranış değişikliği mi oluşturduğunu değerlendirmede önemli role sahiptir.

Bu araştırma aynı zamanda hipertansiyon yönetiminde eğitim ve danışmanlığın önemini destekleyen bulgular ortaya koymaktadır. Hastalığa ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alan bireylerde akılcı ilaç kullanımı puanlarının daha yüksek bulunması, hasta eğitiminin yalnızca bilgi aktarımı değil, ilaç kullanım davranışını güçlendiren bir süreç olduğunu göstermektedir.

Bu nedenle çalışma, hemşirelik eğitimlerinin hipertansiyonun sessiz seyri, düzenli kan basıncı ölçümü, ilaçların doğru kullanımı, yan etki yönetimi, tedaviyi kendi kararıyla değiştirmeme ve sağlık profesyoneline başvurma davranışlarını kapsayacak şekilde yapılandırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmanın dikkat çeken yönlerinden biri de bazı bulguların açıklanması gereken yeni araştırma alanlarına işaret etmesidir. Kan basıncı farkındalığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki negatif ilişki, farkındalık kavramının daha ayrıntılı biçimde incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu ilişkinin semptom temelli hastalık algısından, komplikasyon kaygısından, düşük öz yeterlikten, sağlık okuryazarlığı eksikliğinden ya da tedavi yükü algısından kaynaklanıp kaynaklanmadığı ileride yapılacak çalışmalar için önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır.

Duyarlılık alt boyutunun demografik ve hastalıkla ilişkili değişkenlerle anlamlı ilişki göstermemesi de çalışmanın açıklanması gereken bulgularından biridir. Bu durum, duyarlılığın eğitim, yaş, meslek ya da düzenli ilaç kullanımı gibi ölçülen değişkenlerden çok; önceki yan etki deneyimleri, ilaçlara ilişkin kişisel inançlar, sağlık profesyoneliyle iletişim, tedavi geçmişi ve bireysel risk algısı gibi farklı değişkenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu yönüyle çalışma, akılcı ilaç kullanımının alt boyutlarının ayrı ayrı değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Ek hastalık varlığına ilişkin bulgular da çalışmanın katkı sağlayan yönlerinden biridir. Ek hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyinin daha yüksek bulunması, kronik hastalık deneyiminin bireyin hastalık farkındalığını artırabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık akılcı ilaç kullanımında yalnızca önemseme alt boyutunda ek hastalığı olmayan bireyler lehine fark bulunması, çoklu hastalık ve çoklu ilaç kullanımının tedavi yükü oluşturabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, komorbidite varlığının hem farkındalığı artıran hem de ilaç kullanım davranışını zorlaştırabilen çift yönlü bir etkiye sahip olabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmanın kesitsel yapısı, elde edilen ilişkilerin nedensellik biçiminde yorumlanmaması gerektiğini göstermektedir. Kan basıncı farkındalığı-içgörü düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı

arasında negatif yönlü ilişki bulunması, bu değişkenler arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu ortaya koymakla birlikte, ilişkinin yönünü ve nedenlerini kesin olarak açıklamamaktadır. Ayrıca bazı alt gruplarda hasta sayısının sınırlı olması, özellikle meslek grupları, üç antihipertansif ilaç kullanan bireyler ve alkol kullanan hastalar açısından bulguların dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir.

Genel olarak bu çalışma, hipertansiyonlu bireylerde farkındalık, içgörü ve akılcı ilaç kullanımının çok boyutlu bir yapı olduğunu göstermektedir. Farkındalığın yüksek olması her zaman olumlu ilaç kullanım davranışı anlamına gelmemektedir. Farkındalığın yararlı bir sağlık davranışına dönüşebilmesi için bireyin hastalığı doğru anlaması, tedaviye güven duyması, ilacı doğru kullanabileceğine inanması, kan basıncı ölçüm sonuçlarını yorumlayabilmesi ve sağlık profesyonellerinden aldığı bilgiyi günlük yaşamına aktarabilmesi gerekmektedir. Bu yönüyle çalışma, hipertansiyon yönetiminde yalnızca farkındalığı artırmaya değil, farkındalığı akılcı ilaç kullanımı ve öz yönetim davranışına dönüştürmeye odaklanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hipertansiyon hastalarının kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsü ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde yürütülen bu araştırma; 18 yaş ve üzeri, en az 6 aydır hipertansiyon tanısı bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 206 hipertansiyon hastası ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Araştırmada hipertansiyon hastalarının Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Negatif Sonuçların Farkındalığı alt boyut puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu; hastaların hipertansiyonun komplikasyonlarına yönelik belirli düzeyde farkındalık geliştirdiği,
- Semptom Katkısı alt boyut puanlarının dikkat çekici düzeyde olması nedeniyle bazı bireylerin hipertansiyonu hâlen semptom temelli değerlendirdiği ve asemptomatik dönemde tedavi gereksinimini yeterince içselleştiremediği,
- Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Çalışan bireylerde özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Memur olarak çalışan bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve özyeterlik düzeylerinin ev hanımları ve emeklilere göre daha yüksek olduğu,

- Eğitim düzeyi yükseldikçe özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı puan ortalamalarının yükseldiği; düşük eğitilmiş bireylerde ise semptom katkısı puanlarının daha yüksek olduğu
- Ek kronik hastalığı bulunan bireylerde genel hastalık farkındalığı, semptom katkısı, tedavi gereksinimi farkındalığı ve toplam içgörü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanan bireylerde genel hastalık farkındalığı, tedavi gereksinimi farkındalığı, özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu,
- Düzenli kan basıncı ölçümü yapan bireylerde önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Evde kan basıncı ölçüm sıklığı arttıkça semptom katkısı, negatif sonuçların farkındalığı ve toplam kan basıncı farkındalığı-içgörü puanlarının arttığı,
- Doktor kontrolüne düzenli giden bireylerde özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Hastalığa ve ilaç tedavisine yönelik eğitim alan bireylerde özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Yaş arttıkça genel hastalık farkındalığı ve toplam kan basıncı farkındalığı-içgörü puanlarının arttığı; buna karşın özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı puanlarının azaldığı,
- Tanı süresi arttıkça tedavi gereksinimi farkındalığının arttığı,
- Sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyi yükseldikçe hastalık farkındalığı ve tedavi gereksinimi algısının arttığı,
- Açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyi yükseldikçe genel hastalık farkındalığı, semptom katkısı, tedavi gereksinimi farkındalığı, negatif sonuçların farkındalığı ve toplam içgörü puanlarının arttığı,
- HbA1c düzeyi yükseldikçe duyarlılık puanlarının azaldığı,
- Semptom katkısı, negatif sonuçların farkındalığı ve toplam kan basıncı farkındalığı-içgörü puanları arttıkça; özyeterlik, önemseme ve toplam akılcı ilaç kullanımı puanlarının azaldığı,

- Kan Basıncı Farkındalığı-İçgörü Ölçeği toplam puanı ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunduğu,
- Kan basıncı farkındalığı ve içgörü düzeyinin akılcı ilaç kullanımındaki değişimin %4.2'sini açıkladığı,
- Kan basıncı farkındalığı ve komplikasyon algısındaki artışın bazı bireylerde kaygı, tedavi yükü algısı ve ilaç yönetiminde zorlanma oluşturabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

- Hipertansiyon hastalarının kan basıncı farkındalığı ve hastalık içgörüsü düzenli aralıklarla değerlendirilmeli; elde edilen sonuçlara göre bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planları oluşturulmalıdır.
- Hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim programları yalnızca hastalık bilgisi ile sınırlı kalmamalı; akılcı ilaç kullanımı, öz-yönetim becerileri, komplikasyon farkındalığı ve sağlık okuryazarlığını güçlendirecek şekilde yapılandırılmalıdır.
- Düzenli evde kan basıncı ölçümünü desteklemek amacıyla hastalara doğru ölçüm tekniği, cihaz kullanımı ve ölçüm kayıtlarının değerlendirilmesine yönelik uygulamalı eğitim verilmelidir.
- Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde hipertansiyonun asemptomatik ilerleyebilen kronik bir hastalık olduğu vurgulanmalı; semptom temelli yanlış hastalık algısının azaltılmasına yönelik hemşirelik danışmanlığı sağlanmalıdır.
- İleri yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı davranışının azalabilmesi nedeniyle yaşlı hipertansiyon hastaları ilaç yönetimi açısından yakından izlenmelidir.
- Polifarmasi riski bulunan bireylerde ilaç hatalarını azaltmak amacıyla bireyselleştirilmiş ilaç takip planları hazırlanmalıdır.
- Hastaların antihipertansif ilaçlara yönelik kaygıları, yan etki korkuları ve tedavi yükü algıları değerlendirilmeli; psikososyal destekleyici hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.
- Doktor kontrolüne düzenli gitmeyen bireylerde tedavi uyumunu artırmak amacıyla telefon danışmanlığı, tele-sağlık uygulamaları ve sürdürülebilir takip sistemleri yaygınlaştırılmalıdır.

- Hemşirelerin hipertansiyon yönetiminde sağlık okuryazarlığını geliştiren, düzenli kan basıncı izlemine destekleyen ve akılcı ilaç kullanımını güçlendiren multidisipliner bakım modellerinde aktif rol alması sağlanmalıdır.
- Hipertansiyon hastalarında kan basıncı farkındalığı, hastalık iğrs, öz-etkililik ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkileri inceleyen daha geniş rneklemliler, çok merkezli ve uzunlamasına çalışmalar yapılmalıdır.
- Gelecekte yapılacak araştırmalarda anksiyete, komplikasyon korkusu, tedavi yükü algısı ve psikososyal faktörlerin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkileri ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S. and Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to Antihypertensive Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, 96(4), e5641.
- Adler, A., Martin, N., Mariani, J., Tajer, C., Owolabi, O., and Free, C., Serrano, N.C., Casas J.P., and Perel, P. (2017). Mobile Phone Text Messaging to Improve Medication Adherence in Secondary Prevention of Cardiovascular Disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD011851.
- Adzitey, S. P., Akimanimpaye, F., and Crowley, T. (2026). Effectiveness of Nurse-led Hypertension Self-management Interventions: A Mixed-methods Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 13(2), 217–225.
- Agarwal, R., Bills, J. E., Hecht, T. J., and Light, R. P. (2011). Role of Home Blood Pressure Monitoring in Overcoming Therapeutic Inertia and Improving Hypertension Control: A Systematic Review and Meta-analysis. *Hypertension*, 57(1), 29–38.
- Alfian, S. D., Annisa, N., Perwitasari, D. A., Coelho, A. and Abdullah, R. (2022). The Role of Illness Perceptions on Medication Nonadherence among Patients with Hypertension: A Multicenter Study in Indonesia. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 985293.
- ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (2002). Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Journal of the American Medical Association*, 288(23), 2981–2997.
- Altun, B., Arici, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., Hasanoğlu, E., Çağlar, S., and Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases (2005). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension*, 23(10), 1817–1823.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., and Gorman, J. M. (1991). Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113–132.
- Appel, L. J., Moore, T. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., Sacks, F. M., Bray, G. A., Vogt, T. M., Cutler, J. A., Windhauser, M. M., Lin, P. H., and Karanja, N. (1997). A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *New England Journal of Medicine*, 336(16), 1117–1124.
- Aşiret, G. D., ve Okatan, A. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri ile Spiritüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Hemşireliği Dergisi*, 10(23), 122–128.

- Ayodapo, A. O., Elegbede, O. T., Omosanya, O. E. and Monsudi, K. F. (2020). Patient Education and Medication Adherence Among Hypertensives in A Tertiary Hospital, South Western Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(2), 243-250.
- Ayruk, H., ve Gök Uğur, H. (2022). Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitim ve Telefon Danışmanlığının İlaç Tedavisi Uyumuna ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 79–101.
- Babazadeh, T., Ranjbaran, S., Pourrazavi, S., Latifi, A., and Maleki Chollou, K. (2024). Impact of Health Literacy and Illness Perception on Medication Adherence Among Older Adults with Hypertension in Iran: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1347180.
- Baharvand, P., Masoudi, S., Rahimi, N., and Keshvari, M. (2023). Perception of Hypertension and Adherence to Hypertension Treatment Among Patients Attending A Hospital in Western Iran: A Cross-Sectional Study. *Health Science Reports*, 6(8), e1501.
- Band, R., Bradbury, K., Morton, K., May, C., Michie, S., Mair, F. S., Murray, E., McManus, R. J., Little, P., and Yardley, L. (2017). Intervention Planning for A Digital Intervention For Self-Management of Hypertension: A Theory-, Evidence- And Person-Based Approach. *Implementation Science*, 12(1), 25.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman Publishers.
- Barış, A., and Hacer, Ç. (2025). The Characteristics of Rational Drug use and Tendency to Medical Errors among Nurses Working in Children's Clinics. *Journal of Pediatric Nursing*, 82, e111-e117.
- Başol, G., and Özer, Z. (2025). Investigation of Depression Levels, Self-Efficacy, and Self-Care Ability in Hypertensive Patients. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(39), 40-48.
- Batta, A., Singhanian, A., Sharma, S., Gautam, S., Singla, A., Kalsi, H., Mahendru, D., Singh, S., Goyal, I., Ghosh, H., Uppal, A., Dhand, N., Bansal, N., Chaudhary, A., Wander, G. S., Ramakrishnan, S., & Mohan, B. (2024). Current Practices and Knowledge of Home Blood Pressure Monitoring among People with Hypertension: Insights from A Multicentric Study from North India. *Indian Heart Journal*, 76(6), 398–404.
- Bobrow, K., Farmer, A. J., Springer, D., Shanyinde, M., Yu, L. M., Brennan, T., Rayner, B., Namane, M., Steyn, K., Tarassenko, L., and Levitt, N. (2016). Mobile Phone Text Messages to Support Treatment Adherence in Adults With High Blood Pressure (SMS-Text Adherence Support [StAR]): A Single-Blind, Randomized Trial. *Circulation*, 133(6), 592–600.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., and Grumbach, K. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469–2475.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., and Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.

- Busingye, D., Arabshahi, S., Evans, R. G., Riddell, M. A., Srikanth, V. K., Kartik, K., Kalyanram, K., Zhu, X., Suresh, O., Howard, G. and Thrift, A. G. (2019). Knowledge of Risk Factors for Hypertension in A Rural Indian Population. *Heart Asia*, 11(1), e011136.
- Büyükbayram Genç, Z., and Çitlik Sarıtaş, S. (2026). Impact of Rational Drug Use on Chronic Illness Adaptation in Elderly Patients: A Study from Southeast Türkiye. *Geriatric Nursing*, 68, 103797.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *High Blood Pressure Symptoms and Causes*. Erişim: 28.01.2026, <https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/about/index.html>
- Chen, F. Y., Lee, C. W., Chen, Y. J., Lin, Y. H., Yeh, C. F., Lin, C. C., and Cheng, H. M. (2025). Pathophysiology and Blood Pressure Measurements of Hypertension in the Elderly. *Journal of the Formosan Medical Association*, 124(1), 10-16.
- Choudhry, N. K., Kronish, I. M., Vongpatanasin, W., Ferdinand, K. C., Pavlik, V. N., Egan, B. M., Schoenthaler, A., Houston Miller, N., Hyman, D. J., and American Heart Association Council on Hypertension; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Clinical Cardiology (2022). Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 79(1), e1-e14.
- Chow, C., and Gupta, R. (2019). Blood Pressure Control Challenges: A Challenge to Global Health System. *The Lancet*, 394(10199), 613–615.
- Crowley, S. D., Gurley, S. B., Herrera, M. J., Ruiz, P., Griffiths, R., Kumar, A. P., Kim, H. S., Smithies, O., Le, T. H., and Coffman, T. M. (2006). Angiotensin II Causes Hypertension and Cardiac Hypertrophy through its Receptors in the Kidney. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(47), 17985–17990.
- Çakmak, V., and Çınar Pakyüz, S. (2020). A Methodological Study: Development of The Rational Drug Use Scale. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(4), 498-507.
- Çakmak, V., and Çınar Pakyüz, S. (2021). The Effects of Education Given by Nurses on Rational Drug use and Health Literacy of Patients Receiving Hypertension Treatment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 8(4), 246–252
- Darvishpour, A., Mansour-Ghanaei, R., and Mansouri, F. (2022). The Relationship between Self-efficacy, Health Literacy, and Self-care Behaviors in Older Adults with Hypertension in The North of Iran. *Health Literacy Research and Practice*, 6(4), e262–e269.
- David, A.S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156(6), 798–808.
- Delacroix, S., Chokka, R. G., and Worthley, S. G. (2014). Hypertension: Pathophysiology and Treatment. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 5(6), 250–257.

- Deniz Akan, D., Dedeli Çaydam, Ö., ve Çınar Pakyüz, S. (2020). Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241–249.
- Düzkale, N., and Gök Uğur, H. (2026). The Relationship among Medication Adherence, Rational Medication Use, and Health Literacy in Elderly Patients with Hypertension. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 12(1), 80-93.
- Department of Health. (2022). Australia's Primary Health Care 10 Year Plan 2022–2032. Erişim: 28.01.2026, <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/03/australia-s-primary-health-care-10-year-plan-2022-2032.pdf>
- Erciyes, Y. (2013). *Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Fletcher, B. R., Hartmann-Boyce, J., Hinton, L., and McManus, R. J. (2015). The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Hypertension*, 28(10), 1209-1221.
- Gardezi, S. K. M., Aitken, W. W., and Jilani, M. H. (2023). The Impact of Non-Adherence to Antihypertensive Drug Therapy. *Healthcare*, 11(22), 2979.
- Gascón, J.J., Sánchez-Ortuño, M., Llor, B., Skidmore, D. and Saturno, P.J. (2004). Why Hypertensive Patients Do Not Comply with The Treatment: Results From A Qualitative Study. *Family Practice*, 21(2), 125-130.
- GBD Risk Factors Collaborators. (2020). Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249.
- Georgiopoulos, G., Kollia, Z., Katsi, V., Oikonomou, D., Tsioufis, C., and Tousoulis, D. (2018). Nurse's Contribution to Alleviate Non-adherence to Hypertension Treatment. *Current Hypertension Reports*, 20(8), 65-78.
- Gerretsen, P., Kim, J., Shah, P., Quilty, L., Balakumar, T., Caravaggio, F., Plitman, E., Chung, J. K., Iwata, Y., Pollock, B. G., Dash, S., Sockalingam, S. and Graff-Guerrero, A. (2018b). BASIS: The blood pressure awareness and insight scale. *The Journal of Clinical Hypertension*, 20(4), 748-756.
- Gien, V. P., Thongpat, S., and Nitirat, P. (2018). Predictors of Health-Promoting Behavior among Older Adults with Hypertension in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 201–205.
- Glynn, L. G., Murphy, A. W., Smith, S. M., Schroeder, K., and Fahey, T. (2010). Interventions Used to Improve Control of Blood Pressure in Patients with Hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(3), CD005182.

- Göçgeldi, E., Babayiğit, M. A., Hassoy, H., Açikel, C. H., Taşçı, İ., and Ceylan, S. (2008). Evaluation of Quality of Life in Hypertensive Patients and of The Factors Affecting The Quality of Life. *Gülhane Medical Journal*, 50, 172–179.
- Grauman, Å., Veldwijk, J., James, S., Hansson, M., and Byberg, L. (2021). Good General Health And Lack of Family History Influence The Underestimation of Cardiovascular Risk: A Cross-Sectional Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(7), 676–683.
- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Zhu, W., Zhou, Y., Ge, X., and Yu, D. (2023). Impact of Health Literacy and Social Support on Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Cross-Sectional Community-Based Study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 93.
- Gutierrez, M.M., Sakulbumrungsil, R., and Prasert, V. (2021). Factors Associated with Medication Adherence of Hypertensive Patients in The Philippines: A Systematic Review. *Clinical Hypertension*, 27(1), 19.
- Güzel Turan, E., Gül, S., and Terkes, N. (2026). The Relationship Between Health Literacy and The Rational Use of Medicines among Individuals with Chronic Diseases. *Ankara Medical Journal*, 26(1), 60-72.
- Hacihasanoglu, R., and Gozum, S. (2011). Patient Education and Hypertension Control. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 692–705.
- Hafsa, K., Ahsan, A. S., Summaiya, I., Zarghoona, W., Sana, N., Maham, R., Uroosa, S., Faiza, J., Anum, G., and Adnan, A. (2018). Prevalence of Clinical Signs and Symptoms of Hypertension: A Gender and Age Based Comparison. *Palliative Medicine & Care*, 5(2), 1–8.
- Halcomb, E., Bird, S., McInnes, S., Ashley, C., and Huckel, K. (2021). Exploring Job Satisfaction and Turnover Intentions among General Practice Nurses in An Australian Primary Health Network. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 943–952.
- Hall, A., Cole-Lewis, H., and Bernhardt, J. (2015). Mobile Text Messaging for Health: A Systematic Review of Reviews. *Annual Review of Public Health*, 36, 393–415.
- Han, H. R., Song, H., Nguyen, T., and Kim, M. T. (2014). Measuring Self-care in Patients with Hypertension: A Systematic Review of Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(1), 55–67.
- Han, R., Wu, C., Qu, G. S., Chen, Y. C., Zeng, X. W., and Xue, Q. H. (2025). Illness Perception, Health Literacy, and Medication Adherence in Hypertensive Patients and Their Spouses: An Actor-Partner Interdependence Mediation Model Approach. *Patient Preference and Adherence*, 19, 3647–3656.
- Harrison, D.G., Coffman, T.M., and Wilcox, C.S. (2021). Pathophysiology of Hypertension: The Mosaic Theory and Beyond. *Circulation Research*, 128(7), 847–863.

- Hedayati, S. S., Elsayed, E. F., and Reilly, R. F. (2011). Non-pharmacological Aspects of Blood Pressure Management: What Are The Data?. *Kidney International*, 79(10), 1061–1070.
- Heidenreich, P. A., Trogon, J. G., Khavjou, O. A., Butler, J., Dracup, K., Ezekowitz, M. D., Finkelstein, E. A., Hong, Y., Johnston, S. C., Khera, A., Lloyd-Jones, D. M., Nelson, S. A., Nichol, G., Orenstein, D., Wilson, P. W., Woo, Y. J., American Heart Association Advocacy Coordinating Committee, Stroke Council, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Clinical Cardiology, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research (2011). Forecasting The Future of Cardiovascular Disease in The United States: A Policy Statement from The American Heart Association. *Circulation*, 123(8), 933–944.
- Herttua, K., Martikainen, P., Batty, G. D., and Kivimäki, M. (2016). Poor Adherence to Statin and Antihypertensive Therapies as Risk Factors for Fatal Stroke. *Journal of The American College of Cardiology*, 67(13), 1507–1515.
- Herttua, K., Tabák, A. G., Martikainen, P., Vahtera, J., and Kivimäki, M. (2013). Adherence to Antihypertensive Therapy Prior to the First Presentation of Stroke in Hypertensive Adults: Population-based Study. *European Heart Journal*, 34(38), 2933–2939.
- Himmelfarb, C. R. D., Commodore-Mensah, Y., and Hill, M. N. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243–253.
- Hocaoğlu, N., Güven, H., Gidener, S., Tunçok, Y., Kalkan, Ş., Gümüştekin, M., ve Gelal, A. (2011). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanım Becerileri Üzerine Akılcı İlaç Kullanım Kursunun Kısa Dönem Etkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 15-24.
- Holt, E. W., Muntner, P., Joyce, C. J., Webber, L., and Krousel-Wood, M. A. (2010). Health-related Quality of Life and Antihypertensive Medication Adherence among Older Adult. *Age and Ageing*, 39(4), 481–487.
- Horne, R., Weinman, J., and Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire. *Psychology & Health*, 14(1), 1–24.
- Hwang, M., and Chang, A. K. (2023). The Effect of Nurse-led Digital Health Interventions on Blood Pressure Control for People with Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(5), 1020–1035.
- Jabeen, M., Adnan, A., Summaiya, I., Maham, R., Zarghoona, W., Sheema, S., and Fahar, S. I. (2018). An Assessment of Difference in Manifestations of Mixed and Isolated Hypertension in Terms of Their Signs and Symptoms in Hypertensive Patients. *Palliative Medicine & Care*, 5(1), 1–6.
- James, S., McInnes, S., Halcomb, E., and Desborough, J. (2020). Lifestyle Risk Factor Communication by Nurses in General Practice: Understanding The Interactional Elements. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 234–242.

- Jarl, J., Tolentino, J. C., James, K., Clark, M. J., and Ryan, M. (2014). Supporting Cardiovascular Risk Reduction in Overweight and Obese Hypertensive Patients through DASH Diet and Lifestyle Education. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(9), 498–503.
- Jo, S. H., Kim, S. A., Park, K. H., Kim, H. S., Han, S. J., and Park, W. J. (2019). Self-Blood Pressure Monitoring Is Associated with Improved Awareness, Adherence, and Attainment of Target Blood Pressure Goals: Prospective Observational Study of 7751 Patients. *The Journal of Clinical Hypertension*, 21(9), 1298-1304.
- Joffres, M., Falaschetti, E., Gillespie, C., Robitaille, C., Loustalot, F., Poulter, N., and Campbell, N. R. (2013). Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control in National Surveys from England, the USA and Canada, and Correlation with Stroke and Ischaemic Heart Disease Mortality. *BMJ Open*, 3(8), e003423.
- Jones, D. W., Ferdinand, K. C., Taler, S. J., Johnson, H. M., Shimbo, D., Abdalla, M., and Williamson, J. D. (2025). 2025 AHA/ ACC/ AANP/ AAPA/ ABC/ ACCP/ ACPM/ AGS/ AMA/ ASPC/ NMA/ PCNA/ SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 152(11), e114–e218.
- Karakurt, P., Bilgin, S., and Özdemir, S. (2025). Association Between Health Literacy and Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Cross-Sectional Study. *Scientific Reports*, 15(1), 45630.
- Kars Fertelli, T. (2025). Relationship Between Knowledge Level, Blood Pressure Awareness-Insight and Mediterranean Diet Adherence of Hypertensive Individuals. *Turkish Journal of Science and Health*, 6(2), 93-103.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Whelton, P. K., and He, J. (2004). Worldwide Prevalence of Hypertension: A Systematic Review. *Journal of Hypertension*, 22(1), 11–19.
- Kes, D., and Polat, U. (2022). The Effect of Nurse-led Telephone Support on Adherence to Blood Pressure Control and Drug Treatment in Individuals with Primary Hypertension: A Randomized Controlled Study. *International Journal of Nursing Practice*, 28(3), e12995.
- Khairy, S., Aslan, A., Samara, A. M., Mousa, I., Alkaiyat, A. S., and Zyoud, S. H. (2021). Factors associated with self-efficacy in patients with hypertension: A cross-sectional study from Palestine. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 40, 1.
- Kim, E., Lee, H. H., Kim, E. J., Cho, S. M. J., Kim, H. C., and Lee, H. (2025). Factors Associated with Medication Adherence among Young Adults with Hypertension. *Clinical Hypertension*, 31, e18.
- Kolcu, M., and Ergun, A. (2020). Effect of a Nurse-led Hypertension Management Program on Quality of Life, Medication Adherence and Hypertension Management in Older

- Adults: A Randomized Controlled Trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(12), 1182–1189.
- Kotb, A., Hsieh, S., and Wells, G. (2014). The Effect of Telephone Support Interventions on Coronary Artery Disease (CAD) Patient Outcomes during Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(5), e96581.
- Krousel-Wood, M. A., Thomas, S., Muntner, P., and Morisky, D. (2004). Medication Adherence: A Key Factor in Achieving Blood Pressure Control and Good Clinical Outcomes in Hypertensive Patients. *Current Opinion in Cardiology*, 19(4), 357–362.
- Law, M. R., Morris, J. K., and Wald, N. J. (2009). Use of Blood Pressure Lowering Drugs in Prevention of Cardiovascular Disease: Meta-analysis of 147 Randomised Trials in The Context of Expectations from Prospective Epidemiological Studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 338, b1665.
- Lee, H. Y., and Lee, K. S. (2023). Withdrawal of Antihypertensive Medication in Young to Middle-Aged Adults: A Prospective, Single-Group, Intervention Study. *Clinical Hypertension*, 29(1), 1.
- Li, R., Liang, N., Bu, F., and Hesketh, T. (2020). The Effectiveness of Self-management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e17776.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Bandura, A., and Holman, H. R. (2001). Chronic Disease Self-management Program: 2-year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217–1223.
- Lu, J., Lu, Y., Wang, X., Li, X., Linderman, G. C., Wu, C., Cheng, X., Mu, L., Zhang, H., Liu, J., Su, M., Zhao, H., Spatz, E. S., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Krumholz, H. M., and Jiang, L. (2017). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China: Data from 1.7 Million Adults in A Population-Based Screening Study. *The Lancet*, 390(10112), 2549–2558.
- Ma, Y., Cheng, H. Y., Cheng, L., and Sit, J. W. H. (2019). The Effectiveness of Electronic Health Interventions on Blood Pressure Control, Self-care Behavioural Outcomes and Psychosocial Well-being in Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 27–46.
- Maillot, M., and Drewnowski, A. (2012). A Conflict Between Nutritionally Adequate Diets and Meeting the 2010 Dietary Guidelines for Sodium. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(2), 174–179.
- Malhotra, R., Chan, A., Malhotra, C., and Østbye, T. (2010). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in the Elderly Population of Singapore. *Hypertension Research*, 33(12), 1223–1231.
- Manalili, K., Lorenzetti, D. L., Egunsola, O., O'Beirne, M., Hemmelgarn, B., Scott, C. M., and Santana, M. J. (2022). The Effectiveness of Person-Centred Quality Improvement Strategies on The Management and Control of Hypertension in Primary Care: A

- Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(2), 260–277.
- Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., Danser, A. H. J., and Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for The Management of Arterial Hypertension The Task Force for The Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874–2071.
- Margolis, K., Asche, S., and Bergdall, A., Dehmer, S. P., Groen, S. E., Kadrmas, H. M., Kerby, T. J., Klotzle, K. J., Maciosek, M. V., Michels, R. D., O'Connor, P. J., Pritchard, R. A., Sekenski, J. L., Sperl-Hillen, J. M., and Trower, N. K. (2013). Effect of Home Blood Pressure Telemonitoring and Pharmacist Management Blood Pressure Control: A Cluster Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 310(1), 46–56.
- Márquez Contreras, E., de la Figuera von Wichmann, M., Gil Guillén, V. Ylla-Catalá, A., Figueras, M., Balaña, M., and Naval, J. (2004). Effectiveness of An Intervention to Provide Information to Patients with Hypertension As Short Text Messages and Reminders Sent to Their Mobile Phones (HTA-ALERT). *Atención Primaria*, 34(8), 399–405.
- Massimi, A., De Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., Rega, M. L., Ricciardi, W., Villari, P., and Damiani, G. (2017). Are community-based Nurse-led Self-management Support Interventions Effective in Chronic Patients? Results of a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS One*, 12(3), e0173617.
- McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., Scheenaerts, B., and ESC Scientific Document Group (2024). 2024 ESC Guidelines for The Management of Elevated Blood Pressure and Hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912–4018.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., and Halcomb, E. (2017). The Influence of Funding Models on Collaboration in Australian General Practice. *Australian Journal of Primary Health*, 23(1), 31–36.
- McLean, G., Band, R., Saunderson, K., Hanlon, P., Murray, E., Little, P., McManus, R. J., Yardley, L., Mair, F. S., and DIPSS co-investigators (2016). Digital Interventions to Promote Self-Management in Adults with Hypertension Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Hypertension*, 34(4), 600–612.
- Mekonnen, C.K., Mekonnen, B. Y., and Mekonnen, H. S. (2019). Knowledge and Associated Factors of Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients Attending Chronic

- Illness Follow-Up Clinic at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Vascular Health and Risk Management*, 15, 551-558.
- Mengden, T., Vetter, H., Tislér, A., and Illyés, M. (2001). Tele-monitoring of home blood pressure of Blood Pressure. *Blood Pressure Monitoring*, 6(4), 185-191.
- Messerli, F. H., Williams, B., and Ritz, E. (2007). Essential Hypertension. *The Lancet*, 370(9587), 591-603.
- Milani, R. V., and Lavie, C. J. (2015). Health Care 2020: Reengineering health care delivery to combat chronic disease. *The American Journal of Medicine*, 128(4), 337-343.
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., and He, J. (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*, 134(6), 441-450.
- Mitchell, G. F., Hwang, S. J., Vasan, R. S., Larson, M. G., Pencina, M. J., Hamburg, N. M., Vita, J. A., Levy, D., and Benjamin, E. J. (2010). Arterial Stiffness and Cardiovascular Events: The Framingham Heart Study. *Circulation*, 121(4), 505-511.
- Montayre, J., Liu, M. F., Calma, K. R. B., Zhao, I. Y., and Ho, M.-H. (2022). Nurse Visit Utilization and Blood Pressure Control: A Multi-cohort Study in New Zealand. *Public Health Nursing*, 39(6), 1181-1187.
- Morgado, M., Rolo, S., and Castelo-Branco, M. (2010). Predictors of Uncontrolled Hypertension and Antihypertensive Medication Nonadherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 1(4), 196-202.
- Morris, M., Halcomb, E., Mansourian, Y., and Bernoth, M. (2022). Understanding How General Practice Nurses Support Adult Lifestyle Risk Reduction: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3517-3530.
- Mustara, M., Hartono, H., and Pamungkasari, E. P. (2025). Key Contents of Health Education and Their Impact on Improving Medication Adherence among Hypertensive Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Narra J*, 5(2), e2080.
- Myers, M. G., Godwin, M., Dawes, M., Kiss, A., Tobe, S. W., and Kaczorowski, J. (2010). Measurement of Blood Pressure in The Office: Recognizing The Problem and Proposing The Solution. *Hypertension*, 55(2), 195-200.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2019). Long-term and Recent Trends in Hypertension Awareness, Treatment, and Control in 12 High-Income Countries: An Analysis of 123 Nationally Representative Surveys. *Lancet*, 394(10199), 639-651.
- Nguyen, Q. T., Anderson, S. R., Sanders, L., and Nguyen, L. D. (2012). Managing Hypertension in the Elderly: A Common Chronic Disease with Increasing Age. *American Health & Drug Benefits*, 5(3), 146-153.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., and Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Diabetes Care*, 24(3), 561-587.

- O'Brien, E., Parati, G., Stergiou, G., Asmar, R., Beilin, L., Bilo, G., Clement, D., de la Sierra, A., de Leeuw, P., Dolan, E., Fagard, R., Graves, J., Head, G. A., Imai, Y., Kario, K., Lurbe, E., Mallion, J. M., Mancia, G., Mengden, T., Myers, M., Ogedegbe, G., Ohkubo, T., Omboni, S., Palatini, P., Redon, J., Ruilope, L. M., Shennan, A., Staessen, J. A., vanMontfrans, G., Verdecchia, P., Waeber, B., Wang, J., Zanchetti, A., Zhang, Y., and European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. (2013). European Society of Hypertension Position Paper on Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Journal of Hypertension*, 31(9), 1731–1768.
- O'Donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., Rangarajan, S., Islam, S., Pais, P., McQueen, M. J., Mondo, C., Damasceno, A., Lopez-Jaramillo, P., Hankey, G. J., Dans, A. L., Yusuf, K., Truelsen, T., Diener, H. C., Sacco, R. L., Ryglewicz, D., Czlonkowska, A., Weimar, C., Wang, X., Yusuf, S., and INTERSTROKE Investigators. (2010). Risk Factors for Ischemic and Intracerebral Hemorrhagic Stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. *The Lancet*, 376(9735), 112–123.
- Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B., ve Atman, R. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç ve Diyet Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Hemşireliği Dergisi*, 10(21), 1–7.
- Omboni, S., Caserini, M., and Coronetti, C. (2016). Telemedicine and M-Health in Hypertension Management: Technologies, Applications and Clinical Evidence. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 23(3), 187–196.
- Ozumba, L. N., Dienye, P., and Ndukwu, G. (2023). Role of Illness Perception and Medication Beliefs in Medication Adherence among Hypertensive Patients in South-South Nigeria. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 6(1), 31-36.
- Özin, B., Altun, B., Cesur, M., Ardiç, C., Arıcı, M., Aydoğdu, S., Aras, S., Güler, K., Değer, S. M., Sönmez, A., Öztürk, G. Z., Özkan, G., Çiçekçioğlu, H., Bahat, G., Tükek, T., Derici, Ü., Şahin, İ., Ulusoy, Ş. ve Düzenli, M. A. (2025). *Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2025*. Erişim: 23.05.2026, https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/other/s/TurkHipertansiyonUzlasıRaporu_2025.pdf
- Paczkowska, A., Hoffmann, K., Kus, K., Kopciuch, D., Zaprutko, T., Ratajczak, P., Michalak, M., Nowakowska, E., and Bryl, W. (2021). Impact of Patient Knowledge on Hypertension Treatment Adherence and Efficacy: A Single-Centre Study in Poland. *International Journal of Medical Sciences*, 18(3), 852-860.
- Parati, G., Pellegrini, D., and Torlasco, C. (2019). How Digital Health Can Be Applied for Preventing and Managing Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 21(5), 40.
- Parati, G., Stergiou, G. S., Asmar, R., Bilo, G., de Leeuw, P., Imai, Y., Kario, K., Lurbe, E., Manolis, A., Mengden, T., O'Brien, E., Ohkubo, T., Padfield, P., Palatini, P., Pickering, T. G., Redon, J., Revera, M., Ruilope, L. M., Shennan, A., Staessen, J. A., Tisler, A., Waeber, B., Zanchetti, A., Mancia, G., and ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring (2010). European Society of Hypertension Practice Guidelines

- for Home Blood Pressure Monitoring. *Journal of Human Hypertension*, 24(12), 779–785.
- Parati, G., Stergiou, G., O'Brien, E., Asmar, R., Beilin, L., Bilo, G., Clement, D., de la Sierra, A., de Leeuw, P., Dolan, E., Fagard, R., Graves, J., Head, G. A., Imai, Y., Kario, K., Lurbe, E., Mallion, J. M., Mancia, G., Mengden, T., Myers, M., Ogedegbe, G., Ohkubo, T., Omboni, S., Palatini, P., Redon, J., Ruilope, L. M., Shennan, A., Staessen, J. A., vanMontfrans, G., Verdecchia, P., Waeber, B., Wang, J., Zanchetti, A., Zhang, Y., and European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability (2014). European Society of Hypertension Practice Guidelines for Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Journal of Hypertension*, 32(7), 1359–1366.
- Park, Y. H., Song, M., Cho, B. L., Lim, J. Y., Song, W., and Kim, S. H. (2011). The Effects of an Integrated Health Education and Exercise Program in Community-Dwelling Older Adults with Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 133–137.
- Pickering, T. G., and White, W. B., and American Society of Hypertension Writing Group. (2008). When and How to Use Self (Home) and Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Journal of the American Society of Hypertension*, 2(3), 119–124.
- Pickering, T. G., Hall, J. E., Appel, L. J., Falkner, B. E., Graves, J., Hill, M. N., Jones, D. W., Kurtz, T., Sheps, S. G., and Roccella, E. J. (2005). Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals: Part 1: Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals from The Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation*, 111(5), 697–716.
- Pirasath, S., Kumanan, T., and Guruparan, M. (2017). A Study on Knowledge, Awareness, and Medication Adherence in Patients with Hypertension from A Tertiary Care Centre from Northern Sri Lanka. *International Journal of Hypertension*, 2017, 9656450
- Preeti, Sambhakar, S., Malik, R., Bhatia, S., Al Harrasi, A., Saharan, R., Aggarwal, G., Kumar, S., Sehrawat, R., and Rani, C. (2024). Lipid Horizons: Recent Advances and Future Prospects in LBDDS for Oral Administration of Antihypertensive Agents. *International Journal of Hypertension*, 2024, 2430147.
- Reboldi, G., Gentile, G., Angeli, F., Ambrosio, G., Mancia, G., and Verdecchia, P. (2011). Effects of Intensive Blood Pressure Reduction on Myocardial Infarction and Stroke in Diabetes: A Meta-analysis in 73,913 Patients. *Journal of Hypertension*, 29(7), 1253–1269.
- Religioni, U., and Pakulska, T. (2020). Rational Drug use in Hospital Settings – Areas That can be Changed. *Journal of Medical Economics*, 23(10), 1205–1208.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., Bravata, D. M., Dai, S., Ford, E. S., Fox, C. S., Fullerton, H. J., Gillespie, C., Hailpern, S. M., Heit, J. A., Howard, V. J., Kissela, B. M., Kittner, S. J., Lackland, D. T.,

- Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Makuc, D. M., Marcus, G. M., Marelli, A., Matchar, D. B., Moy, C. S., Mozaffarian, D., Mussolino, M. E., Nichol, G., Paynter, N. P., Soliman, E. Z., Sorlie, P. D., Sotoodehnia, N., Turan, T. N., Virani, S. S., Wong, N. D., Woo, D., Turner, M. B., and American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2012). Heart Disease and Stroke statistics--2012 Update: A Report from The American Heart Association. *Circulation*, 125(1), e2–e220.
- Ross, S., Walker, A., and MacLeod, M. J. (2004). Patient Compliance in Hypertension: Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607–613.
- Ruksakulpiwat, S., Schiltz, N. K., Irani, E., Josephson, R. A., Adams, J. M., and Still, C. H. (2024). Medication Adherence of Older Adults with Hypertension: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence*, 18, 957-975.
- Saarti, S., Hajj, A., Karam, L., Jabbour, H., Sarkis, A., El Osta, N. and Rabbaa Khabbaz, L. (2016). Association Between Adherence, Treatment Satisfaction and Illness Perception in Hypertensive Patients. *Journal of Human Hypertension*, 30(5), 341–345.
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., Obarzanek, E., Conlin, P. R., Miller, E. R., III, Simons-Morton, D. G., Karanja, N., Lin, P. H., and DASH-Sodium Collaborative Research Group. (2001). Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *The New England Journal of Medicine*, 344(1), 3–10.
- Sakboonyarat, B., Lakshminarayan, K., Rangsin, R., Mungthin, M., Jongcherdchootrakul, K., and Poovieng, J. (2025). Clinical Epidemiology of Hypertension in Rural Thailand: A Nationwide Cross-sectional Study. *Global Heart*, 20(1), 116.
- Sarfika, R., Sulistiawati, Afriyanti, E., and Saifudin, I. M. M. Y. (2023). Self-care Behavior among Adult Patients with Hypertension in Padang, West Sumatra, Indonesia: A cross-sectional study. *Belitung Nursing Journal*, 9(6), 595–602.
- Saxena, T., Ali, A. O., and Saxena, M. (2018). Pathophysiology of Essential Hypertension: An Update. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 16(12), 879–887.
- Schutte, A. E., Webster, R., Jennings, G. and Schlaich, M. P. (2022). Uncontrolled Blood Pressure in Australia: A Call to Action. *Medical Journal of Australia*, 216(2), 61–63.
- Semerci Çakmak, V. (2024). Hipertansiyon Hastalarının Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Çalışma. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 7(3), 487-494.
- Shahin, W., Kennedy, G. A., and Stupans, I. (2021). The Association between Social Support and Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Systematic Review. *Pharmacy Practice*, 19(2), 2300.
- Shakya, R., Shrestha, S., Gautam, R., Rai, L., Maharjan, S., Satyal, G. K., and Rai, M. K. (2020). Perceived Illness and Treatment Adherence to Hypertension among Patients

- Attending A Tertiary Hospital in Kathmandu, Nepal. *Patient Preference and Adherence*, 14, 2287-2300.
- Shen, Z., Shi, S., Ding, S., and Zhong, Z. (2020). Mediating Effect of Self-Efficacy on The Relationship between Medication Literacy and Medication Adherence among Patients with Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 569092.
- Shi, S., Shen, Z., Duan, Y., Ding, S., and Zhong, Z. (2019). Association between Medication Literacy and Medication Adherence among Patients with Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 822.
- Shiraly, R., Khani Jeihooni, A., and Bakhshizadeh Shirazi, R. (2022). Perception of Risk of Hypertension Related Complications and Adherence to Antihypertensive Drugs: A Primary Healthcare Based Cross-Sectional Study. *BMC Primary Care*, 23(1), 303.
- Spirk, D., Noll, S., Burnier, M., Rimoldi, S., Noll, G., and Sudano, I. (2018). Effect of Home Blood Pressure Monitoring on Patient's Awareness and Goal Attainment Under Antihypertensive Therapy: The Factors Influencing Results in Anti-Hypertensive Treatment (FIRST) Study. *Kidney & Blood Pressure Research*, 43(3), 979–986.
- Stephen, C., Halcomb, E., Fernandez, R., McInnes, S., Batterham, M., and Zwar, N. (2022). Nurse-led Interventions to Manage Hypertension in General Practice: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1281–1293.
- Stephen, C., Halcomb, E., McInnes, S., Batterham, M., and Zwar, N. (2019). Improving Blood Pressure Control in Primary Care: The ImPress study. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 28–33.
- Stephen, C., Zwar, N., Batterham, M., and Halcomb, E. (2024). Jumping on The Blood Pressure Bandwagon: Nurse, GP and Patient Perspectives of A General Practice Nurse-Led Hypertension Management Intervention. *Nursing & Health Sciences*, 26(4), 13166.
- Stergiou, G. S., and Bliziotis, I. A. (2011). Home Blood Pressure Monitoring in the Diagnosis and Treatment of Hypertension: A Systematic Review. *Hypertension Research*, 24(2), 123–134.
- Stergiou, G. S., Kario, K., Kollias, A., McManus, R. J., Ohkubo, T., Parati, G., and Imai, Y. (2018a). Home Blood Pressure Monitoring in the 21st Century. *The Journal of Clinical Hypertension*, 20(7), 1116–1121.
- Stergiou, G. S., Palatini, P., Asmar, R., Bilo, G., de la Sierra, A., Head, G., Kario, K., Mihailidou, A., Wang, J., Mancia, G., O'Brien, E., and Parati, G. (2018b). Blood Pressure Monitoring: Theory and Practice. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability Teaching Course Proceedings. *Blood Pressure Monitoring*, 23(1), 1–8.
- Stergiou, G. S., Palatini, P., Asmar, R., de la Sierra, A., Myers, M., Shennan, A., Wang, J., O'Brien, E., and Parati, G. (2018c). Blood Pressure Measurement and Hypertension Diagnosis in the 2017 US guidelines: First Things First. *Hypertension*, 71(6), 963–965.

- Stergiou, G. S., Palatini, P., Parati, G., O'Brien, E., Januszewicz, A., Lurbe, E., Persu, A., Mancia, G. Kreutz, R., and European Society of Hypertension Council and the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. (2021). 2021 European Society of Hypertension Practice Guidelines for Office and Out-of-Office Blood Pressure Measurement. *Journal of Hypertension*, 39(7), 1293–1302.
- Şen Gökçeimam, P., Aydın Sünbül, E., Güçtekin, T., ve Sünbül, M. (2022). Hipertansiyon Hastalarında Bilinçli Farkındalık Düzeyinin İlaç Uyumuna Etkisi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 10(2), 212–218.
- Tan, F. C. J. H., Oka, P., Dambha-Miller, H. and Tan, N. C. (2021). The Association between Self-efficacy and Self-care in Essential Hypertension: A Systematic Review. *BMC Family Practice*, 22(1), 44.
- Terzi, H., Ayaz-Alkaya, S., and Yeşilyurt, E. (2025). Healthy Life Awareness, Blood Pressure Awareness and Insight among Adult Individuals: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Public Health Nursing*, 42(1), 87-94.
- Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T. L., Santo, K., Thiagalingam, A., Rodgers, A., Woodward, M., Redfern, J., and Chow, C. K. (2016). Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 176(3), 340–349.
- Tör, V., ve Tosun, N. (2020). Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 114–123.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Rehberi*. Ankara: TEMD Yayınları.
- Uhlig, K., Patel, K., Ip, S., Kitsios, G. D., and Balk, E. M. (2013). Self-measured Blood Pressure Monitoring in the Management of Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 185–194.
- Uysal, H., ve Yıldırım, İ. (2025). Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Düzeylerinin Öz Etkililik Düzeyleriyle İlişkisi: Kesitsel çalışma. *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 16(41), 131–138.
- Ünal, B., ve Ergör, G. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişim: 09.07.2026, <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Vallée, A., (2023). Associations Between Smoking and Alcohol Consumption with Blood Pressure in A Middle-Aged Population. *Tobacco Induced Diseases*, 21, 61.
- van Onzenoort, H. A., Verberk, W. J., Kroon, A. A., Kessels, A. G., Nelemans, P. J., van der Kuy, P. H., Neef, C., and de Leeuw, P. W. (2010). Effect of Self-monitoring of Blood Pressure on Adherence to Treatment in Patients with Mild-to-Moderate Hypertension. *Journal of Hypertension*, 28(3), 622–627.

- Vargas, G., Cajita, M. I., Whitehouse, E., and Han, H. R. (2017). Use of Short Messaging Service for Hypertension Management: A Systematic Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32, 260–270.
- Varleta, P., Acevedo, M., Akel, C., Salinas, C., Navarrete, C., García, A., Echegoyen, C., Rodriguez, D., Gramusset, L., Leon, S., Cofré, P., Retamal, R., and Romero, K. (2017). Mobile Phone Text Messaging Improves Antihypertensive Drug Adherence in the Community. *Journal of Clinical Hypertension*, 19(12), 1276–1284.
- Wakai, E., Ikemura, K., Kato, C. and Okuda, M. (2021). Effect of Number of Medications and Complexity of Regimens on Medication Adherence and Blood Pressure Management in Hospitalized Patients with Hypertension. *PLOS ONE*, 16(6), e0252944.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbigele, B., Smith, S. C., Jr., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., Sr., Williamson, J. D., and Wright, J.T., Jr. (2018). 2017 ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ APhA/ ASH/ ASPC/ NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), 1269–1324.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R. E., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., Desormais, I., and ESC Scientific Document Group. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104.
- Wolde, M., Azale, T., Debalkie Demissie, G., and Addis, B. (2022). Knowledge about Hypertension and Associated Factors among Patients with Hypertension in Public Health Facilities of Gondar City, Northwest Ethiopia: Ordinal Logistic Regression Analysis. *PLOS ONE*, 17(6), e0270030.
- Wolk, R., Shamsuzzaman, A. S. M., and Somers, V. K. (2003). Obesity, Sleep Apnea and Hypertension. *Hypertension*, 42(6), 1067–1074.
- World Health Organization. (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership*. Geneva: World Organization. Erişim: 23.01.2026, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- World Health Organization. (2023). *Global Report on Hypertension: The Race Against a Silent Killer*. Geneva: World Health Organization. Erişim: 23.01.2026, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>

- World Health Organization. (2025a). *Global Report on Hypertension 2025: High Stakes – Turning Evidence into Action*. Geneva: World Health Organization. Erişim: 15.02.2026, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569>
- World Health Organization. (2025b). *Hypertension*. World Health Organization. (2025b). *Hypertension*. Geneva: World Health Organization. Erişim: 28.03.2026, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Yalman, F., Yıldız, M. S., and Vural, N. (2022). The Effect of Health Literacy on Rational Drug Use Behavior. *Journal of İnönü University Vocational School of Health Services*, 10(2), 475–487.
- Yılmaz, M., Ağartıoğlu Kundakçı, G., Uyanık, G., Pamuk, G., ve Koç, E. (2022). Kan Basıncı Farkındalığı ve İlgörü Ölçeğı (KFİÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2), 134-141.
- Yu, S., Guo, X., Li, G., Yang, H., Zheng, L., and Sun, Y. (2022). Low Educational Status Correlates with A High Incidence of Mortality among Hypertensive Subjects from Northeast Rural China. *Frontiers in Public Health*, 10, 951930.
- Zehra, S. N., Anwar, A., Kamran, S., Jawaid, H., Maheen, S., and Ariff, M. (2019). Effect of Hypertension Duration on Relationship between Blood Pressure and Signs and Symptoms in Hypertensive Patients: A Cross-sectional Survey. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 7(7), 2588–2594.
- Zhang, W., Meng, H., Yang, S., Luo, H., and Liu, D. (2018). Changes in Hypertension-Related Knowledge and Behavior and Their Associations with Socioeconomic Status among Recently Urbanized Residents in China: 2013–2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1701.
- Zhu, X., Wong, F. K. Y., and Wu, C. L. H. (2018). Development and Evaluation of A Nurse-Led Hypertension Management Model: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 171–178.
- Zwar, N., Hermiz, O., Halcomb, E., Davidson, P.M., and Bodenheimer, T. (2017). Improving Blood Pressure Control in General Practice: A Pilot Study of the ImPress Intervention. *Australian Family Physician*, 46(5), 306–311.

EKLER

Ek-1. Veri Toplama Araçları

HASTA TANITIM FORMU

A. Sosyodemografik Özellikler

1. Yaş:.....
2. Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek
3. Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar
4. Çalışma durumu: 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
5. Mesleği: 1. Ev hanımı 2. Esnaf 3. Memur 4. Emekli 5. İşçi 6. Çiftçi
6. Eğitim durumu: 1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaöğretim 5. Lise 6. Lisans ve üstü

B. Hastalıkla İlgili Özellikler

1. Hipertansiyon Tanısı Aldığı Tarih (yıl olarak):.....
2. Diğer Kronik Hastalık varlığı: 1. Var 2. Yok
3. Hipertansiyon ilaçlarını düzenli alıyor musunuz?: 1. Evet 2. Hayır
4. Günde kaç tane hipertansiyon ilacı kullanıyorsunuz?:
5. Evde düzenli olarak kan basıncı ölçümü yapar mısınız?: 1. Evet 2. Hayır
6. 5. Soruya yanıtınız “Evet” evde kan basıncı ölçüm sıklığınız nedir?: 1. Günde 1 kez 2. Günde 2 kez 3. Haftada birkaç kez 4. Nadiren
7. Doktor kontrollerine düzenli olarak gider misiniz?: 1. Evet 2. Hayır
8. Hastalığınıza yönelik eğitim aldınız mı?: 1. Evet 2. Hayır
9. Hastalığınıza yönelik önerilen ilaç tedavisi ile ilgili eğitim aldınız mı?: 1. Evet 2. Hayır
10. Sigara kullanıyor musunuz?: 1. Evet 2. Hayır
11. Alkol kullanıyor musunuz?: 1. Evet 2. Hayır

KAN BASINCI FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ (KfİÖ)

Güncel Ağırlık:.....kg

Kontrol tarihi: .../.../.....

Boy:.....cm

*Vücut Kitle İndeksi (BKİ):*Klinisyen tarafından hesaplanacaktır.

Kan Basıncı:/.....mmHg

Kontrol tarihi:

Açlık Kan Şekeri: mg/dl

Kontrol tarihi:

HbA1c: %.....

Kontrol tarihi:

Aşağıdaki soruları okuyarak, sağlıkla ilgili deneyimlerden herhangi birini geçirme durumunuza göre “Evet” veya “Hayır” seçeneğini işaretleyin

		Evet	Hayır
A	Devamlı olarak kendinizi sinirli mi hissedersiniz?	☐	☐
B	Devamlı olarak terliyor musunuz?	☐	☐
C	Geceleri devamlı olarak uyumakta zorluk çekiyor musunuz?	☐	☐
D	Devamlı olarak yüz kızarması yaşıyor musunuz? Yanaklarınız kırmızı oluyor mu?	☐	☐
E	Devamlı olarak nefes darlığı yaşıyor musunuz?	☐	☐
F	Devamlı olarak baş ağrınız var mı?	☐	☐
G	Devamlı olarak burun kanaması geçiriyor musunuz?	☐	☐
H	Diğer	☐	☐

☐ Yukarıdakilerin tümüne yanıtınız "HAYIR" ise, lütfen sonraki sayfaya geçiniz.

☐ Yukarıdakilerden herhangi birine yanıtınız “EVET” ise sağlıkla ilgili deneyimlerinizi akılda tutarak, aşağıda verilen ifadelere şu anda katıldığınız veya katılmadığınız dereceyi, uygun sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

1) Sağlığım ile ilgili yaşadıklarım yüksek tansiyona sahip olmaktan kaynaklanıyor.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

2) Yüksek tansiyonum var

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

3) Diyetimi düzenlemek ve egzersiz yaptığım miktarı arttırmak için sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapmaya veya sürdürmeye ihtiyacım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

4) Normal bir kan basıncım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

5) Şuanki yaşam biçimimi güvenli bir şekilde sürdürebilirim (örneğin şu anda yaptığım gibi yeme / içme ve egzersiz).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

6) Yüksek tansiyonum, sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara neden oluyor ya da olabilir (örn. Kalp hastalığı, kalp krizi, kalp yetmezliği, felç, böbrek hastalığı, görme kaybı vb.).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

7) Kan basıncım düzenli olarak hipertansif aralıktadır (yani 140/90).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

8) Tansiyon düşürücü ilaçlara ihtiyacım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği "İLAÇ KULLANMANIZ GEREKEN DURUMUNDA"

eğilimlerinizi ölçen 1-4 aralığında derecelendirilmiş 20 ifade bulunmaktadır.

1= Hiçbir Zaman / 2= Nadiren / 3= Çoğunlukla / 4= Her Zaman

	Hiçbir zaman	Nadiren	Çoğunlukla	Her zaman
1.İlacın ne için kullanıldığına dikkat ederim				
2.İlacı önerilen doza uygun kullanırım.				
3.İlacın kullanım sıklığına dikkat ederim.				
4.İlacın son kullanma tarihine bakarım.				
5.Son kullanma tarihi geçen ilaçları kullanırım.				
6.İlacın saklama koşullarına dikkat ederim.				
7.İlacın aç ya da tok kullanımına dikkat ederim.				
8.İlacı kullanmadan önce prospektüsünü okurum.				
9.İlacı uygulama yollarına (çiğneme, yutma, cilde uygulama vs.) uygun şekilde kullanırım.				
10.İlacı belirtilen süreye kadar kullanmaya devam ederim.				
11.İlacı benzer şikayeti olanlara öneririm.				
12.İlacı benzer şikayeti olanların kullanması için veririm.				
13.İlaç hakkında yeterli bilgiyi (hekim, eczacı) alırım.				
14.İlacın yan etkilerini bilirim.				
15.Yan etki görürsem ilacı bırakırım.				
16.Yan etki görürsem hekime başvururum.				
17.İlaç bittikten sonra hekim kontrolüne giderim.				
18.Başkasının verdiği ya da tavsiye ettiği ilacı kullanırım.				
19.Hekim tavsiyesinin aksine ilaç kullanırım.				
20.Eczaneden kendi isteğimle ilaç alırım.				

Ek-2. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.09.2024-383728



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu



Sayı : E-88012460-050.04-383728
Konu : Etik Kurul Kararı (Özlem ÖZER)

02.09.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulunun **29 Ağustos 2024** tarihli ve **07-08** sayılı oturumunda alınan 07-08/21 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerini rica ederim.

Doç.Dr. Mehmet YAZICI
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu
Başkanı

Ek: Karar 21 (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Özlem ÖZER

Bilgi:
Dr. Öğr. Üyesi Safiye YANMIŞ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSL5H0YVTS

Adres: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Rektörlüğü Yalıncıbağı yerleşkesi Erzincan Sivas
karayolu 12. km 24002 Erzincan
Telefon: 444 8 024 - (0446) 226 66 66 Faks: (0446) 226 66 65
e-Posta: rektorluk@erzincan.edu.tr Web: https://ebyu.edu.tr/tr/
Kep Adresi: erzincanuniv@hs02.kep.tr

Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/eby-ebys

Bilgi için: Edanur DAL (Şehriban GAZİ
Vekaletiyile)
Unvan: Birim Evrak Sorumlusu V.
Tel No: 0446 226 6666-10062



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	29/08/2024
Protokol No	07-08/21
Araştırma Başlığı	Hipertansiyon Hastalığı Olan Bireylerde Kan Basıncı Farkındalığı, İlgörü Durumu Ve Akılcı İlaç Kullanımının İncelenmesi
Araştırma Türü	Nicel- Tanımlayıcı (tarama)/ İlişki arayıcı araştırma/ Kesitsel araştırma
Araştırmacılar	Özlem ÖZER (Sorumlu Araştırmacı) Dr. Öğr. Üyesi Safiye YANMIŞ (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama: 1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. Kurum İzni

24



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Eğitim Planlama Kurulu
KARAR TUTANAĞI

24.02.2026 tarihinde toplanan Eğitim Planlama Kurulu tarafından oylanarak alınan karar doğrultusunda,

Hemşire Özlem ÖZER'in "Hipertansiyon Hastalığı olan Bireylerde Kan Basıncı Farkındalığı,İçgörü Durumu ve Akılcı İlaç Kullanımının İncelenmesi" konu başlıklı anket çalışması ilgili etik-kurul onayı alındıktan sonra kurumumuzda yapması, çalışma için gerekli izin ve prosedürlerin tamamlanmasından sonra; çalışmanın yayınlanmış halinin Eğitim planlama kurulu ile paylaşılması, **oy birliği** / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T. C.

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

“Hipertansiyon hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı ve içgörü durumu ile akılcı ilaç kullanımının incelenmesi” konulu araştırma, hipertansiyon hastalığı olan bireylerde kan basıncı farkındalığı, içgörü durumu ve akılcı ilaç kullanımının incelenmesidir. Bu doğrultuda, hastaların kan basıncı yönetimine yönelik farkındalık ve içgörü seviyelerinin, akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkilerini analiz etmek hedeflenmektedir. Aynı zamanda, akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi ile hipertansiyon tedavisinin etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın Ekim 2024-Nisan 2025 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Yapılan bu çalışmada Hasta Tanıtım Formu, Hipertansiyon Hastalarında Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFİÖ) ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kullanılacaktır. Hasta tanıtım formu ile ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık 15-20 dakikadır. Araştırmamızda herhangi bir deneysel faaliyet olmadığı bir riske maruz kalınmayacaktır. Araştırmaya katılma durumunuzda herhangi yasal ve ekonomik bir yük oluşmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi sizden beklenen bütün soruları eksiksiz ve kimsenin baskısı olmadan cevaplamanızdır. Çalışmaya katıldığınızda istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma ve vazgeçme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmamak veya vazgeçmek istediğiniz durumda tedavi sürecinizde herhangi bir aksaklık yaşanmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek veriler tamamen araştırmamızın amacı için kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma süresi boyunca bilgi edinme hakkına sahipsiniz ve bu amaçla Özlem ÖZER’e numaralı telefon ve adresinden ulaşım sağlayabilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası Özlem ÖZER
Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek-5. Ölçek İzinleri

Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği KULLANIM İZNİ HAKKINDA

Gelen Kutusu x

Özlem Güler

Alıcı: gamzeagarti

Sayın Gamze Ağartıoğlu Kundakçı,

Umarım iyi bir gün geçiriyorsunuzdur.

Ben Özlem Özer, Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi'nde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Şu anda Tezim için hipertansiyon ve içgörü üzerinde çalışmaktayım.

Bu e-postayı, Tez çalışmamda 'Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği' kullanımına izin vermenizi rica etmek amacıyla yazıyorum. Ölçek, araştırmamla oldukça alakalı olup, bulgularımı kalitesine ve doğruluğuna önemli katkılar sağlayacaktır.

İzin vermeniz halinde de ölçeğinize ait ayrıntıları paylaşmanızı rica ediyorum.

Talebimi değerlendirdiğiniz için çok teşekkür ederim. Olumlu geri dönüşünüzü sabırsızlıkla bekliyorum.

Saygılarımla,

ÖZLEM ÖZER

YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ

ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

Gamze Ağartıoğlu Kundakçı

Alıcı: ben

Merhaba Özlem Güler

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda ölçeğin atfı için aşağıdaki bilgileri kullanabilirsiniz:

Yılmaz, M., Ağartıoğlu Kundakçı, G., Uyanık, G., Pamuk, G., & Koç, E. Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFİÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 31(2), 134-141.

Ölçeğin kullanımı ile ilgili bilgi, ölçek ve değerlendirme "KFİ-Kullanım kılavuzu ve ölçek" dosyasında yer almaktadır. Ölçek uygulanmadan önce bireylere verilecek hipertansiyon eğitimi metni ise "KFİ-Eğitim" isimli dosyadadır.

Saygılarımla

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ İÇİN İZİN TALEBİ

Gelen Kutusu x

Özlem Güler

Alıcı: semsinnurgocer

Sayın Şemsinnur GÖÇER,

Umarım iyi bir gün geçiriyorsunuzdur.

Ben Özlem Özer, Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi'nde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Şu anda Tezim için akilci ilaç kullanımı üzerinde çalışmaktayım.

Bu e-postayı, Tez çalışmamda 'Akilci İlaç Kullanımı Ölçeği' kullanımına izin vermenizi rica etmek amacıyla yazıyorum. Ölçek, araştırmamla oldukça alakalı olup, bulgularımın kalitesine ve doğruluğuna önemli katkılar sağlayacaktır.

İzin vermeniz halinde de ölçeğinize ait ayrıntıları paylaşmanızı rica ediyorum.

Talebimi değerlendirdiğiniz için çok teşekkür ederim. Olumlu geri dönüşünüzü sabırsızlıkla bekliyorum.

Saygılarımla,

ÖZLEM ÖZER

YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ

ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

Şemsinnur Göçer

Alıcı: ben

Sayın Özlem Özer,

Ölçeğimizi tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve puanlamasına ilişkin dökümanı mail ekinde gönderiyorum.

İyi hafta sonları dilerim.

ÖZGEÇMİŞ

Özlem Özer, ortaöğrenimini Kernek Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2013-2018 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde başarıyla tamamlamıştır. 2020 yılında Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne hemşire olarak atanmış ve yaklaşık beş yıl bu kurumda görev yapmıştır. Aynı zamanda 2023 yılında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamış ve 2026 yılında yüksek lisansını başarıyla tamamlamıştır. Eş durumu tayini nedeniyle Temmuz 2025'te Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesine atanmış olup, halen bu kurumda hemşire olarak görevini sürdürmektedir.