



**T.C.
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL İLİ BİR ŞEHİR HASTANESİNDE
ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE İLAÇ
UYUMUNU BOZAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
Yüksek Lisans Tezi**

**İnanç TORUSTAĞ
222501016**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay GENÇ**

İstanbul, 2025



**T.C.
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL İLİ BİR ŞEHİR HASTANESİNDE
ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE İLAÇ
UYUMUNU BOZAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
Yüksek Lisans Tezi**

**İnanç TORUSTAĞ
222501016**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay GENÇ**

**Jüri Üyeleri
Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay GENÇ
Dr. Öğretim Üyesi Merve Kıymaç Sarı
Dr. Öğretim Üyesi Zehra Aydın**

İstanbul, 2025

XK		
İNANÇ TORUSTAĞ	İSTANBUL İLİ BİR ŞEHİR HASTANESİNDE ANTIHİPERTANSİF TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE İLAÇ UYUMUNU BOZAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ (Yüksek Lisans Tezi)	2025



FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KABUL VE ONAY

İnanç TORUSTAĞ tarafından hazırlanan “İstanbul İli Bir Şehir Hastanesinde Antihipertansif Tedavi Gören Bireylerde İlaç Uyumunu Bozan Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 04/09/2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

[İmza]

[Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay Genç] (Tez Danışmanı)

[İmza]

[Dr. Öğretim Üyesi Merve Kıymaç Sarı] (Üye)

[İmza]

[Dr. Öğretim Üyesi Zehra Aydın] (Üye)



FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, çalışmanın kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay GENÇ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

İmza

İnanç TORUSTAĞ

ÖNSÖZ

Bilimsel araştırmalara ve yayınlara ışık tutmak üzere, eğitim hayatıma ve bu çalışmama teşvik ve desteklerinden ötürü başta; aileme ve Çiğdem Ede'ye ithaf ediyor, Yayın ve ilkeler konusundaki uzmanlıklarıyla, beni akademik anlamda destekleyen ve zaman yaratmama sebep olan klinikteki Uzman Hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma, Tabi ki bu süreçte beni yalnız bırakmayan ve danışmanlığını özveri ile gösteren sevgili danışmanım Dr. Kadriye Nilay Genç'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Tezin Başlığı: İstanbul İli Bir Şehir Hastanesinde Antihipertansif Tedavi Gören Bireylerde İlaç Uyumunu Bozan Faktörlerin İncelenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: İnanç TORUSTAĞ

Danışmanın Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay GENÇ

Program: İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Bu araştırma, antihipertansif tedavi gören bireylerde ilaç uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki çalışma, Ekim 2024 – Aralık 2024 tarihleri arasında bir şehir hastanesinde tedavi gören 210 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen sosyo demografik bilgi formu, tıbbi öykü formu ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği (İBÖS) kullanılarak toplanmıştır.

Katılımcıların %33,3'ü 50–59 yaş aralığında yer almakta olup, %52,9'u erkek, %54,8'i evli ve %75,2'si çocuk sahibidir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde %25,2'si ilkokul altı, %23,8'i ise üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahiptir. Katılımcıların %47,6'sı düzenli bir işte çalışmakta, %24,3'ü ise evde bakım sorumluluğu taşımaktadır.

Evli bireylerin İBÖS puan ortalaması ($56,84 \pm 14,18$), bekâr bireylerin ortalamasına ($52,27 \pm 13,20$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($t=2,398$; $p=0,017$). Çocuk sahibi bireylerde de benzer şekilde, İBÖS puanları ($56,23 \pm 13,05$), çocuk sahibi olmayan bireylerden ($50,35 \pm 15,53$) anlamlı olarak daha yüksektir ($t=2,688$; $p=0,008$). Tansiyon ölçüm sıklığına göre İBÖS puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,419$; $p=0,005$). Ayrıca, ilaç kullanım süresine göre değerlendirildiğinde beş yıl ve üzeri süredir ilaç kullanan bireylerin uyum düzeyi, bir yıldan az süredir ilaç kullananlara göre daha yüksektir ($F=2,809$; $p=0,027$). Stres kaynağı olduğunu belirten katılımcıların puan ortalaması ($56,86 \pm 14,02$), stres kaynağı bulunmayan bireylerin ortalamasından ($51,89 \pm 13,28$) anlamlı şekilde fazladır ($t=2,593$; $p=0,010$).

Araştırma bulguları, ilaç uyumunun sosyo demografik ve bireysel faktörlerden etkilendiğini ve bu faktörlerin dikkate alınmasının tedavi sürecinde önemli olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Antihipertansif ajanlar, hasta uyumluluğu, hipertansiyon, ilaç uyumu, risk faktörleri

ABSTRACT

Title of Thesis: An Investigation of Factors Disrupting Medication Adherence in Individuals Receiving Antihypertensive Treatment at a City Hospital in Istanbul

Student Name, Surname: İnanç TORUSTAĞ

Supervisor Title, Name, Surname: Asst. Prof. Kadriye Nilay GENÇ

Program: Msc Internal Medicine Nursing (Thesis)

This study was conducted to identify the factors that negatively affect medication adherence in individuals receiving antihypertensive treatment. The research was designed as a descriptive and cross-sectional study and was carried out with 210 patients receiving treatment at a city hospital between April 2024 and August 2024. Data were collected using the Sociodemographic Information Form, Medical History Form, and the Self-Efficacy Scale for Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES), all developed by the researcher based on relevant literature.

Among the participants, 33.3% were in the 50–59 age range, 52.9% were male, 54.8% were married, and 75.2% had children. Regarding education level, 25.2% had below-primary school education, and 23.8% had a university degree or higher. In terms of employment and caregiving responsibilities, 47.6% were employed in regular jobs, and 24.3% had home caregiving responsibilities.

The mean IBOS score of married individuals (56.84 ± 14.18) was significantly higher than that of unmarried individuals (52.27 ± 13.20) ($t=2.398$; $p=0.017$). Similarly, the mean score of individuals with children (56.23 ± 13.05) was statistically significantly higher than those without children (50.35 ± 15.53) ($t=2.688$; $p=0.008$). A significant difference was also found in IBOS scores based on blood pressure measurement frequency ($F=3.419$; $p=0.005$). Furthermore, when evaluated according to the duration of medication use, adherence was found to be higher in individuals who had been taking medication for five years or more compared to those who had been on medication for less than one year ($F=2.809$; $p=0.027$). Participants who reported experiencing sources of stress had significantly higher IBOS scores (56.86 ± 14.02) than those who did not (51.89 ± 13.28) ($t=2.593$; $p=0.010$).

The findings indicate that medication adherence is influenced by sociodemographic and individual factors, and considering these factors is essential in the management of antihypertensive treatment.

Keywords: Antihypertensive agents, hypertension, medication adherence, patient compliance, risk factors

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	8
AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI	8
ÖNSÖZ.....	1
ÖZET.....	2
ABSTRACT	3
İÇİNDEKİLER	4
TABLolar LİSTESİ.....	8
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	9
KISALTMALAR VE SİMGELER	10
GİRİŞ	11
1. GENEL BİLGİLER.....	13
1.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI.....	13
1.2. HİPERTANSİYONUN ÇEŞİTLERİ, SINIFLANDIRILMASI VE EVRELERİ.....	13
1.2.1. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Çeşitleri	14
1.2.1.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon	14
1.2.1.2. Sekonder Hipertansiyon	14
1.2.2. Kan Basıncı Değerlerine Göre Hipertansiyon Çeşitleri ve Sınıflandırması.....	14
1.2.2.1. Hipertansiyon Sınıflandırması	14
1.2.2.2. Hipertansiyon Evreleri	15
1.2.3. İzole Sistolik Hipertansiyon.....	15
1.2.4. Klinik Özelliklerine Göre Hipertansiyon Çeşitleri	16
1.2.4.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu	16
1.2.4.2. Maskeli Hipertansiyon	16
1.2.4.3. Refrakter (Dirençli) Hipertansiyon	16
1.2.4.4. Malign (Acil) Hipertansiyon	16
1.2.4.5. Monogenik Hipertansiyon.....	16
1.3. HİPERTANSİYONUN PATOFİZYOLOJİSİ VE RAAS	17
1.3.1. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi	17
1.3.2. Renin Salınımının Kontrol Mekanizmaları.....	19
1.4. HİPERTANSİYON VE RİSK FAKTÖRLERİ	20

1.4.1. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri	20
1.4.1.1. Genetik Yatkınlık	20
1.4.1.2. Yaş	20
1.4.1.3. Cinsiyet	21
1.4.2. Eşlik Eden Hastalıklar	21
1.4.3. Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri	21
1.5. HİPERTANSİYONUN KLİNİK BELİRTİLERİ VE OLUŞTURABİLECEĞİ KOMPLİKASYONLAR.....	22
1.5.1. Klinik Belirti ve Bulgular	22
1.5.2. Komplikasyonlar	22
1.5.2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)	22
1.5.2.2. Kalp Yetersizliği	23
1.5.2.3. İnme	23
1.5.2.4. Aort Diseksiyonu	23
1.5.2.5. Periferik Arter Hastalığı (PAH)	24
1.5.2.6. Böbrek Yetmezliği (Nefropati)	24
1.5.2.7. Göz Problemleri (Retinopati)	24
1.5.2.8. Serebrovasküler Hastalıklar	24
1.5.2.9. Metabolik Sendrom	25
1.5.2.10. Endotel Disfonksiyonu	25
1.6. HİPERTANSİYON ÜZERİNE TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	25
1.6.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	25
1.6.2. Farmakoterapi	26
1.6.3. Özel Durumlar ve Eşlik Eden Hastalıklar	27
1.6.4. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımları	27
1.7. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI VE ROLÜ	28
1.8. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLAÇ UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	29
1.8.1. Bireysel Faktörler	29
1.8.2. Tedavi ile İlişkili Faktörler	30
1.8.3. Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi	30
1.8.4. Çevresel ve Ekonomik Faktörler	30
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	32
2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	32
2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	32
2.3.1. Araştırma Soruları	33
2.3.2. Araştırmanın Değişkenleri	33
2.3.3. Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlanma Ölçütleri	33
2.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	34
2.5. VERİLERİ TOPLAMA FORMLARI.....	34
2.5.1. Sosyo Demografik ve Tıbbi Öykü Veri Formu.....	34
2.5.2. İBÖS (İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası)	35
2.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	35
2.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZLERİNİN YAPILMASI	36
2.7.1. Verilerin İstatistiksel Analizi	36
3. BULGULAR VE YORUMLAR.....	37
3.1. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ.....	37
3.2. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN TIBBİ ÖYKÜ ÖZELLİKLERİNE DAĞILIMLARI.....	38
3.3. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARI	42
3.4. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ	43
3.5. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARI İLE TIBBİ ÖYKÜ VE HASTALIKLA OLAN İLİŞKİSİ.....	45
4. TARTIŞMA	50
4.1. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	51
4.2. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLACA BAĞLILIK /UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE TIBBİ ÖYKÜ ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI.....	53
4.3. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLACA BAĞLILIK /UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI, ÖLÇEĞİN ALT BOYUTLARI VE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI	58

4.4. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARI İLE TIBBİ ÖYKÜ VE HASTALIĞA OLAN İLİŞKİSİ ÜZERİNE BULGULARIN TARTIŞILMASI	63
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKÇA	69
EKLER.....	79
EK-1: İNTİHAL RAPORU	79
EK-2: ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZNİ (E-POSTA)	80
EK-3: ETİK KURUL ONAYI.....	81
EK-4: KURUM İZNİ.....	82
EK-5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	83
EK-6: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	84
EK-7: TIBBİ ÖYKÜ VERİ FORMU	85
EK-8: HİPERTANSİF HASTALARDA İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/UYUM ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ (İBÖS)	88
ÖZGEÇMİŞ.....	90

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1: Normal Dağılım	36
Tablo 3.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	37
Tablo 3.2: Hastaların Tıbbi Öykü Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 3.3: İBÖS Puan Ortalaması.....	42
Tablo 3.4: İBÖS Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu ...	43
Tablo 3.5: İBÖS Puanlarının Tıbbi Öykü ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	45



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: ESC Yönergelerine Dayalı Olarak Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi.....	19
---	----



KISALTMALAR ve SİMGELER

ACC	: American College of Cardiology / Amerikan Kardiyoloji Koleji
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACE	: Angiotensin-Converting Enzyme / Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AGT	: Angiotensinogen / Anjiyotensinojen
AHA	: American Heart Association / Amerikan Kalp Birliği
ARB	: Angiotensin II Receptor Blocker / Anjiyotensin II Reseptör Blokeri
AT1R	: Angiotensin II Type 1 Receptor / Anjiyotensin II Tip 1 Reseptörü
BP	: Blood Pressure / Kan Basıncı
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention / Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension / Hipertansiyonu Durdurmak (Önlemek) İçin Diyet Yaklaşımları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: European Society of Cardiology / Avrupa Kardiyoloji Derneği
HT	: Hipertansiyon / Hypertension
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KB	: Kan Basıncı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
NSAİİ	: Nonsteroid Antienflamatuvar İlaçlar
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
PNS	: Parasempatik Sinir Sistemi
RAAS	: Renin-Angiotensin-Aldosterone System / Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi
RAS	: Renin-Angiotensin System / Renin-Anjiyotensin Sistemi
RHT	: Resistant Hypertension / Dirençli Hipertansiyon
RNAO	: Registered Nurses' Association of Ontario / Ontario Kayıtlı Hemşireler Birliği
SNP	: Single Nucleotide Polymorphism / Tek Nükleotid Polimorfizmi
SNS	: Sympathetic Nervous System / Sempatik Sinir Sistemi
TIA	: Transient Ischemic Attack / Geçici İskemik Atak
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
TRIUMPH	: Treatment of Resistant Hypertension Using Lifestyle Management Program / Dirençli Hipertansiyonda Yaşam Tarzı Müdahalesi
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı
SS	: Standart Sapma
t	: t testi
WHO	: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü
%	: Yüzde
α	: Alfa
β	: Beta

GİRİŞ

Hipertansiyon, dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir (Joho ve diğ., 2021). Bu bağlamda hastalığın tedavisi ve tedaviye uyum önem taşımaktadır. Antihipertansif tedavi, hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ve diğer tedavi yöntemlerini kapsayan bir terimdir. Bu tedaviler, yüksek kan basıncını azaltmak ve hipertansiyonun neden olduğu organ hasarını önlemek için kullanılır. Antihipertansif tedavide, ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi farklı yaklaşımları içerebilir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022).

Hipertansiyon dünya çapında yaklaşık 1,13 milyar insanı etkilemekte olup (DSÖ, 2021), bu sayının 2025 yılına kadar 1,5 milyarı aşacağı öngörülmekte ve küresel olarak tüm sağlık sistemlerine büyük bir hastalık yükü oluşturmaktadır (Kearney ve diğ., 2010). Ayrıca hipertansiyon, coğrafi bölge ve gelirden bağımsız olarak her iki cinsiyeti de etkileyen en yaygın değiştirilebilir risk faktörü olmaya devam etmektedir (Lim ve diğ., 2012).

Hipertansiyon küresel mortalite ve morbiditeye önemli ölçüde katkıda sağlamakta olup, aynı zamanda ilaç reçete edilen en yaygın kronik hastalıktır. Toplumda artan farkındalığa rağmen, hipertansif bireylerin yalnızca yarısında kan basıncının etkin şekilde kontrol altına alınabilmesi, tedavide önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Tang ve diğ., 2023).

Hipertansiyon; yaşla birlikte önemli ölçüde artan kardiyovasküler hastalık, inme ve böbrek yetmezliği gelişimi için temel değiştirilebilir bağımsız risk faktörüdür. Kardiyovasküler hastalık ve inme oluşumunu önlemek için ilaç tedavisine uyum, erken teşhis, uygun ve yeterli tedavi ve kontrole önem verilmelidir. Hipertansiyon komplikasyonlarının kontrolü ve önlenmesi ancak bireylerin yaşam tarzı davranışlarını değiştirmenin yararlarını fark etmesi ve hipertansiyon komplikasyonlarına duyarlı olduklarına inanmaları durumunda gerçekleşebilir (Joho ve diğ., 2021).

Hipertansiyonun tedavisinde ilaç tedavisinin yanı sıra yaşam tarzı değişikliklerine uyum da gereklidir. Yaşam tarzı değişiklikleri; düzenli fiziksel aktivitenin artırılması, vücut kitle indeksinin azaltılması, sodyum içeriği düşük beslenme, alkol tüketiminin sınırlandırılması ve sigaranın bırakılmasını içermektedir. Bu değişiklikler ile ilaçların

doğru ve düzenli kullanımı, terapötik davranışların temel örneklerini oluşturmaktadır (Olga ve diğ., 2017).

Hipertansiyonun önlenmesi, tedavisi ve başlangıcının geciktirilmesine yönelik yaşam tarzı müdahalelerinin teşviki, ACC/AHA (Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Birliği) kılavuzda da önemli bir yer tutmaktadır (Manica ve diğ., 2023).

Hipertansiyon ve dirençli hipertansiyona yönelik çeşitli terapötik yaşam tarzı müdahalelerini tanımlayan mevcut literatür incelendiğinde, bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte; fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kaybı ve vücut ağırlığındaki değişikliklerden bağımsız olarak diyet kalitesinin iyileştirilmesi (örneğin, DASH diyeti, Akdeniz diyeti gibi) hem ofis hem de ayaktan kan basıncında klinik olarak anlamlı düşüşler sağlamak açısından etkili ve umut verici stratejiler olarak değerlendirilmektedir. TRIUMPH (Dirençli Hipertansiyonda Yaşam Tarzı Müdahalesi) çalışmasına ek olarak, gelecekteki araştırmaların, dirençli hipertansiyon (RHT) tanısını yeniden şekillendirecek en uygun stratejileri belirlemek amacıyla kapsamlı yaşam tarzı müdahalelerini ele alması gerekmektedir (Özemek ve diğ., 2020).

Bu kapsamda, İstanbul'da hizmet veren bir şehir hastanesinde antihipertansif tedavi uygulanan bireylerde ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırma sonunda elde edilecek bulguların, hipertansiyonun etkin yönetimi için tedaviye uyumu güçlendirecek klinik uygulamalara ve hasta eğitimi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI

Hipertansiyon, arteriyel dolaşım sisteminde uzun süreli yüksek basınç ile kendini gösteren ve yaygın olarak görülen kronik bir sağlık sorunudur (Iqbal ve Jamal, 2023).

Güncel bir tanımlama ile arteriyel kan basıncındaki yükseklikle meydana gelen ve süreklilik arz eden, önemli bir hastalık tablosu olup; kardiyovasküler hastalıklara dair risklere yol açan önemli bir faktörüdür. 2024 Avrupa Kardiyoloji Derneği yüksek kan basıncı ve hipertansiyon yönetimi kılavuzları, ofis ölçümlerinde sistolik kan basıncı 120–139 mmHg veya diyastolik kan basıncı 70–89 mmHg aralığının üzerinde olan bireyleri hipertansiyon olarak tanımlamaktadır (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2024).

2024 Avrupa Kardiyoloji Derneği “Yükselmiş Kan Basıncı ve Hipertansiyonun Yönetimi” kılavuzu bir önceki kılavuzdan farklı olarak başlıktaki arteriyel ifadesini çıkartarak başlığa “yükselmiş kan basıncı” ifadesini eklemiştir. Bu değişikliğin nedeni, kan basıncına (KB) atfedilebilen kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin kan basıncı ile sürekli ve logaritmik doğrusal bir ilişki içinde olması olarak gösterilmiştir. Ayrıca daha önce diğer kılavuzlardaki normotansiyon, yüksek normal, grade 1-2-3 hipertansiyon sınıflaması kaldırılarak kan basıncı yükselmemiş, yükselmiş ve hipertansiyon olarak üç gruba ayrıldığı bildirilmiştir. Kadınlar arasında daha düşük KB'lerde bile KVH için göreceli riskin artmaya başlaması nedeniyle, normal KB, optimal KB veya normotansiyon gibi terimlerden özellikle kaçınıldığı belirtilmektedir (Çiçekçioğlu ve diğ., 2024).

1.2. HİPERTANSİYONUN ÇEŞİTLERİ, SINIFLANDIRILMASI VE EVRELERİ

Hipertansiyon, farklı klinik ve etiyolojik faktörlere bağlı olarak çeşitli alt türlere ayrılmaktadır. Bu sınıflandırma, hipertansiyonun ortaya çıkış nedeni, gelişim süreci ve hastanın genel sağlık durumu gibi etkenlere bağlı olarak değişkenlik gösterir (Williams ve diğ., 2018).

1.2.1. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Çeşitleri

1.2.1.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon

Hipertansiyonun en sık görülen türüdür ve tüm vakaların %90-95'ini oluşturur. Altta yatan belirli bir hastalıkla ilişkilendirilemez; genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkisiyle gelişir. İleri yaş, aşırı tuz tüketimi, obezite ve hareketsiz yaşam tarzı, bu tür hipertansiyonun ortaya çıkmasında önemli rol oynayan etkenler arasındadır (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2024).

1.2.1.2. Sekonder Hipertansiyon

Altta yatan tanımlanabilir bir nedene bağlı gelişen ve bu nedene yönelik tedavi ile gerileyebilen hipertansiyondur. Sekonder hipertansiyon, başka bir sağlık sorunu ya da durumun sonucunda gelişir ve hipertansiyon vakalarının %5-10'unu oluşturur. Bu tür hipertansiyonun başlıca nedenleri arasında böbrek hastalıkları (örneğin, kronik böbrek hastalığı ve renovasküler hipertansiyon), endokrin bozukluklar (Cushing sendromu, feokromositoma, primer aldosteronizm), bazı ilaçlar (nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, oral kontraseptifler, dekonjestanlar, kortikosteroidler), uyku apnesi ve aort koarktasyonu sayılabilir (Williams ve diğ., 2018).

1.2.2. Kan Basıncı Değerlerine Göre Hipertansiyon Çeşitleri ve Sınıflandırması

2023 Avrupa Kardiyoloji Derneği daha önce diğer kılavuzlardaki normotansiyon, yüksek normal, grade 1-2-3 hipertansiyon sınıflaması kaldırılarak kan basıncı yükselmemiş, yükselmiş ve hipertansiyon olarak üç gruba ayrılmıştır (Çiçekçioğlu ve diğ., 2024).

1.2.2.1. Hipertansiyon Sınıflandırması

Hipertansiyon sınıflandırması, ofis, ev ve 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerine göre yapılmaktadır. Farklı ölçüm ortamlarına göre belirlenen eşik değerler, tanı ve tedavi sürecinde önemli bir rehber niteliği taşımaktadır (Avrupa

Kardiyoloji Derneği, 2023). Yükselmemiş kan basıncı; ofis kan basıncının $<120/70$ mmHg, ev kan basıncının $<120/70$ mmHg ve 24 saatlik ambulatuvar kan basıncının $<115/65$ mmHg olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Yükselmiş kan basıncı ise ofis ölçümlerinde $120-139/70-89$ mmHg, ev ölçümlerinde $120-135/70-85$ mmHg ve 24 saatlik ambulatuvar ölçümlerde $115-130/65-80$ mmHg aralığında yer almaktadır. Hipertansiyon ise ofis kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg, ev kan basıncının $\geq 135/85$ mmHg ve 24 saatlik ambulatuvar kan basıncının $\geq 130/80$ mmHg olması durumunda tanı konulan bir durumdur (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2024).

1.2.2.2. Hipertansiyon Evreleri

Hipertansiyon, ölçülen kan basıncı değerlerine göre evrelere ayrılmaktadır. Bu sınıflama tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve komplikasyon riskinin değerlendirilmesinde yol göstericidir (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2023). Evre 1 hipertansiyon, sistolik kan basıncının $140-159$ mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının $90-99$ mmHg aralığında olmasıyla tanımlanır. Evre 2 hipertansiyon, sistolik kan basıncının $160-179$ mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının $100-109$ mmHg aralığında olması durumudur. Evre 3 hipertansiyon ise sistolik kan basıncının ≥ 180 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 110 mmHg olması ile tanımlanmaktadır (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2023).

1.2.3. İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole sistolik hipertansiyon; sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve diyastolik kan basıncının <90 mmHg olması ile tanımlanmakta olup, bu durum özellikle ileri yaş gruplarında sık görülmekte ve kardiyovasküler risk açısından önem arz etmektedir (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2023).

1.2.4. Klinik Özelliklerine Göre Hipertansiyon Çeşitleri

1.2.4.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Beyaz Önlük Hipertansiyonu (BÖH), hastaların klinik ortamlarda (örneğin hastane veya doktor muayenehanesinde) kan basıncının yüksek ölçülmesine karşın, evde veya ambulatuvar ortamda normal değerlerde olması durumudur. Bu olgu, genellikle stres ve anksiyete ile ilişkilidir (Altıkat ve diğ., 2020).

1.2.4.2. Maskeli Hipertansiyon

Klinik muayenede kan basıncı normal çıkarken, hastanın günlük yaşamında yüksek seyredebilir. Bu durum genellikle artan kardiyovasküler risk ile ilişkilidir (Yıldız ve diğ., 2025).

1.2.4.3. Refrakter (Dirençli) Hipertansiyon

Üç veya daha fazla antihipertansif ilaç kullanılmasına rağmen kan basıncı kontrol altına alınamaz ise sekonder nedenler araştırılmalıdır (Ertürk, 2024).

1.2.4.4. Malign (Acil) Hipertansiyon

Hızla yükselen ve organ hasarı (böbrek, göz, kalp, beyin) ile seyreden ciddi hipertansiyon formudur. Acil tedavi gerektirir (Ertürk, 2024).

1.2.4.5. Monogenik Hipertansiyon

Monogenik hipertansiyon, tek bir genetik mutasyonun neden olduğu ve genellikle ailesel bir özellik gösteren yüksek kan basıncı durumudur. Bu tür hipertansiyon, kan basıncını düzenleyen belirli genlerdeki mutasyonlardan kaynaklanır ve genellikle erken yaşlarda başlar (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

1.3. HİPERTANSİYONUN PATOFİZYOLOJİSİ VE RAAS

Hipertansiyon hastalarının büyük bir kısmında, kesin nedeni bilinmeyen primer (esansiyel) hipertansiyon görülmektedir. Bununla birlikte, yaklaşık %10'luk bir hasta grubunda, belirli bir nedene bağlı olarak gelişen sekonder hipertansiyon bulunmaktadır. Ayrıca, bazı araştırmalar, modern sistematik tarama yöntemlerinin kullanılması ile sekonder hipertansiyonun sanılandan daha yaygın olabileceğini göstermektedir (Brown ve diğ., 2020).

Kan basıncının düzenlenmesi, parasempatik sinir sistemi, sempatik sinir sistemi, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve tek nükleotid polimorfizmleri gibi çeşitli fizyolojik mekanizmalar aracılığıyla sağlanmaktadır. Genetik yapı, çevresel faktörler ve bireysel davranışlar; organlar, fizyolojik sistemler ve nörohumoral süreçlerle etkileşim içinde olarak kan basıncının kontrolünde önemli rol oynamaktadır. Bu düzenleyici mekanizmalarda meydana gelen bozulmalar, hipertansiyon gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca, kan basıncını etkileyen bu faktörlerin hipertansiyon üzerindeki etkileri cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir (Oparil ve diğ., 2018).

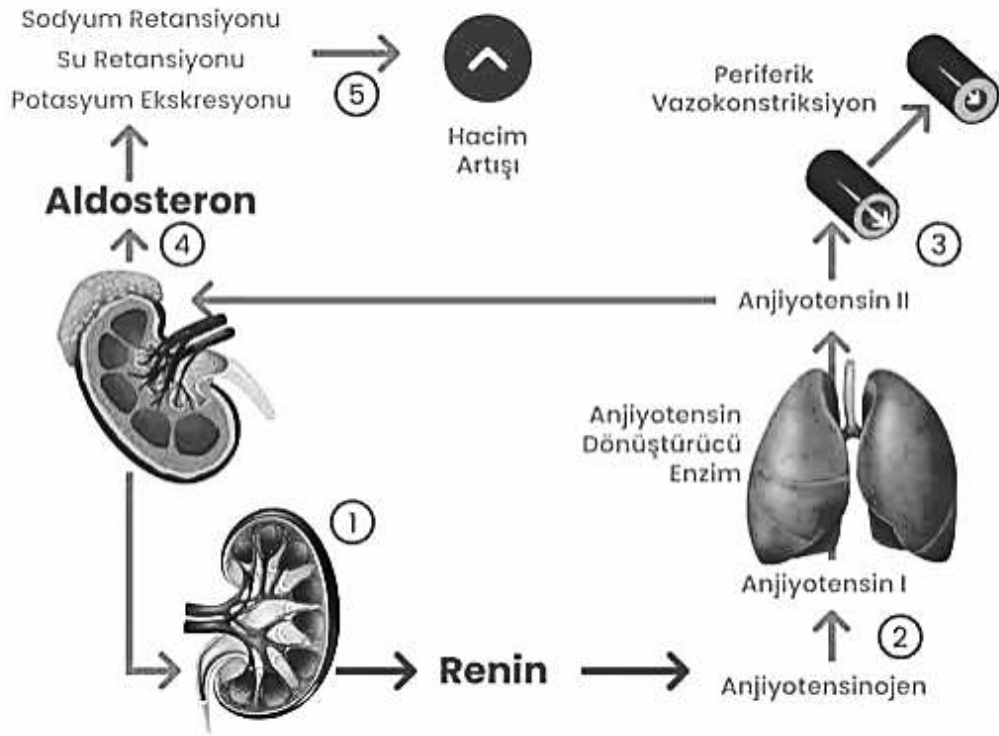
1.3.1. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi

Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi, vücudun sıvı ve elektrolit dengesini sağlayarak plazma sodyum düzeyini, arteriyel kan basıncını ve ekstraselüler sıvı hacmini düzenleyen hayati bir sistemdir. Bu sistemin temel bileşenlerinden biri olan renin enzimi, böbrekler tarafından salgılanır ve karaciğerden üretilen anjiyotensinogen adlı substratı parçalayarak anjiyotensin I'i oluşturur. Anjiyotensin I, daha sonra anjiyotensin dönüştürücü enzim aracılığıyla aktif form olan anjiyotensin II'ye dönüştürülür. Anjiyotensin II, güçlü bir vazokonstriktör olup kan damarlarını daraltarak kan basıncını artırır ve adrenal korteksten aldosteron salınımını uyarır. Aldosteron, böbrek tübüllerinde sodyum ve suyun geri emilimini teşvik ederek ekstraselüler sıvı hacmini artırır ve böylece kan basıncının düzenlenmesine katkıda bulunur (Oparil ve diğ., 2017).

Renin-Anjiyotensin Sistemi (Şekil 1) ve ACE-2; Renin-anjiyotensin sistemi, elektrolit dengesini ve kan basıncını düzenlemede önemli rol oynamakla birlikte, aynı zamanda

akciğer de dâhil olmak üzere birçok organın işlevini etkileyen ek fonksiyonlara sahip karmaşık bir sistemdir. RAS iki yol içerir: ACE / Anjiyotensin II / AT1R yolu ve ACE2 / Anjiyotensin / Mas reseptör yolu. Fizyolojik koşullar altında, bu iki yol dinamik bir denge durumundadır. Anjiyotensin I den ACE ile anjiyotensin II üretilir. Anjiyotensin II sempatik sinir sistemini aktive ederek, vazokonstriksiyona neden olur, kan basıncını artırır ve inflamasyona ve miyokardiyal hipertrofiye yol açar. RAS içindeki önemli bir karşı düzenleme yolu da RAS'ın klasik Anjiyotensin II etkisini dengeleyen ACE2'dir. ACE2 esas olarak Anjiyotensin II düzeylerini azaltarak vazodilatasyona neden olur. Aynı zamanda ACE2, nitrik oksit salınımı ve barorefleks duyarlılığının aktivasyonu ile, kardiyovasküler sistem, böbrek ve diğer organlarda doku hasarına karşı koruyucu etkisi vardır (Taşkaldıran ve diğ., 2020).

Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi, enzimler ve peptitlerden oluşan, vücudun temel humoral düzenleyici mekanizmalarından biridir. Kalp kası dokusu, damar düz kasları ve böbrekler gibi pek çok doku ve organda yer alır ve bu hedef organların işlevlerinin düzenlenmesinde önemli rol oynar (Albashir, 2023).



Şekil 1: Avrupa Kardiyoloji Derneği Yönergelerine Dayalı Olarak Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi

Kaynak: European Heart Journal (2024). *Renin–Anjiyotensin–Aldosteron Sistemi ve Kardiyovasküler Süreklilik Üzerine Güncellemeler*. *Biomedicines*, 12(7).1582.

https://www.cardioaragon.com/wp-content/uploads/2024-ESC-Guidelines-for-the-management-of-hypertension.EHeartJ.2024_.pdf

1.3.2. Renin Salınımının Kontrol Mekanizmaları

Renin salınımı, damar duvarındaki gerilme algılayıcıları, macula densa reseptörleri ve sempatik sinir sistemi tarafından kontrol edilir (Ren ve diğ., 2019). Böbreğe gelen kan akışı azaldığında, damar duvarındaki gerilme algılayıcıları daha az uyarılır. Bu durum, jukstaglomerüler hücrelere iletilir ve bu hücreler daha fazla renin salgılar. Macula densa ise nefron tübüllerindeki sıvının sodyum ve klorür miktarını izler. Kan akışı düştüğünde, sıvıdaki Na + miktarı da azalır. Bu da macula densayı uyarır ve renin salınımını artırır. Ayrıca, vücuttaki kan hacmi azaldığında sempatik sinir sistemi devreye girerek renin üretimini destekler (Clementi ve diğ., 2019).

1.4. HİPERTANSİYON VE RİSK FAKTÖRLERİ

Hipertansiyon, birçok faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Hastalığın gelişiminde genetik ve çevresel etmenler rol oynar. Değiştirilemeyen (non-modifiable) risk faktörleri, bireyin müdahale edemeyeceği biyolojik ve genetik özellikleri içermektedir (Tomaszewski ve diğ., 2022).

1.4.1. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri

1.4.1.1. Genetik Yatkınlık

Ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunan bireylerde hastalığın ortaya çıkma ihtimali daha yüksektir. Esansiyel hipertansiyonun genetik temeline ilişkin araştırmalar yaklaşık yarım yüzyıl önce başlamış olup günümüzde bu alandaki çalışmalar artarak devam etmektedir. Aile öyküsünün hastalığın ortaya çıkışında belirleyici bir unsur olduğu, özellikle ailesinde esansiyel hipertansiyon bulunan bireylerin hastalığa yakalanma olasılığının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmektedir (Özekinci ve Eminsoy, 2023).

Hipertansiyon, tek bir genin mutasyonundan kaynaklanmaz. Birden fazla genin etkisi ve çevresel faktörlerin katkısıyla gelişen karmaşık bir hastalıktır. Bazı genetik faktörlerin hipertansiyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle Anjiotensinojen, Anjiyotensin-Konverting Enzim ve aldosteron senteziyle ilgili genler, kan basıncı düzenlemesinde önemli rol oynar (Ferdinand ve diğ., 2015).

Ailesinde hipertansiyon geçmişi olan bireylerde, hastalığın ortaya çıkma riski daha yüksektir. Genetik faktörler, bireyin kan basıncı düzeylerini belirleyerek hipertansiyon gelişimini etkileyebilir (Tomaszewski ve diğ., 2022).

1.4.1.2. Yaş

İlerleyen yaş, hipertansiyonun en önemli risk faktörlerinden biridir. Özellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerde hastalığın görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte damarların elastikiyeti azalır ve kan basıncında yükselme eğilimi ortaya çıkar (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2021).

1.4.1.3. Cinsiyet

Erkekler genellikle genç yaşlarda daha yüksek kan basıncı seviyelerine sahiptir. Kadınlarda ise menopoza sonrası dönemde kan basıncı seviyelerinde belirgin bir artış gözlemlenir. Bu değişim, östrojen hormonunun damarlar üzerindeki koruyucu etkisinin azalmasıyla ilişkilidir. Cinsiyet farklılıkları, hipertansiyonun komplikasyonları ve tedaviye yanıt üzerinde de etkili olabilir. Kadınlarda hipertansiyon, gebelik ve menopoza gibi özel durumlarla bağlantılı komplikasyon risklerini artırabilir. Erkeklerde ise yaşam tarzı faktörleri ve genetik yatkınlık daha belirleyici bir rol oynar (Avrupa Kardiyoloji Derneği, 2021).

1.4.2. Eşlik Eden Hastalıklar

Diyabet ve böbrek hastalıkları gibi mevcut sağlık sorunları, hipertansiyon gelişme riskini artırabilir. Bu hastalıklar, damar yapısını ve fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek kan basıncının yükselmesine yol açabilir (Tomaszewski ve diğ., 2022).

1.4.3. Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların en önemli nedenlerinden biri olup, dikkatle yönetilmesi gereken bir sağlık problemidir. Değiştirilebilir (modifiye edilebilir) risk faktörleri, bireylerin yaşam tarzı ve çevresel koşullarıyla şekillenen etmenlerdir. 2020 ve sonrasındaki araştırmalar, bu faktörlerin hipertansiyon üzerindeki etkilerini daha kapsamlı bir şekilde incelemiştir (Erkan, 2022).

- Fiziksel aktivite eksikliği, kardiyovasküler hastalık riskini artıran önemli bir etkidir. Yeterli hareket etmemek, bu riski önemli ölçüde yükseltebilir.
- Aşırı tuz tüketimi de kan basıncının artmasına ve bunun sonucunda kardiyovasküler hastalık riskinin yükselmesine yol açabilir.
- Obezite, fazla kiloların birikmesi, kardiyovasküler hastalıklar için ciddi bir risk faktörüdür.
- Alkol ve sigara kullanımı, bu alışkanlıkların aşırıya kaçması, kardiyovasküler hastalık riskini artıran başlıca etmenlerdendir.

- Kronik stres de sürekli stres altında olmak, kardiyovasküler hastalıklar üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Türk Kardioloji Derneği, 2007).

1.5. HİPERTANSİYONUN KLİNİK BELİRTİLERİ VE OLUŞTURABİLECEĞİ KOMPLİKASYONLAR

2020 Uluslararası Hipertansiyon Derneği (ISH) kılavuzlarına göre, hipertansiyon hastalarının büyük çoğunluğu belirti göstermese de bazı durumlarda baş ağrısı, görme bulanıklığı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi ve ödem gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Unger ve diğ., 2020).

1.5.1. Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyona bağlı olarak hastalarda çeşitli belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Özellikle sabah saatlerinde ve ense bölgesinde yoğunlaşan baş ağrıları sık görülen şikâyetler arasındadır. Duruş değişiklikleri ile birlikte denge kaybı ya da baş dönmesi hissi yaşanabilir. Fiziksel aktivite sırasında ya da dinlenme halindeyken nefes almakta zorluk çekilmesi nefes darlığı olarak tanımlanır. Ayrıca, bulanık görme ya da göz önünde ışık çakmaları şeklinde görme değişiklikleri meydana gelebilir. Egzersiz sırasında göğüste baskı veya ağrı hissi ile kendini gösteren göğüs ağrısı da hipertansiyonun önemli belirtilerinden biridir (Smith ve diğ., 2022).

1.5.2. Komplikasyonlar

Hipertansiyonun neden olabileceği komplikasyonlar, hem akut hem de kronik düzeyde ortaya çıkabilmektedir. Bu komplikasyonlar özellikle kardiyovasküler, renal ve nörolojik sistemler üzerinde ciddi etkiler oluşturmaktadır. Söz konusu sistemlere yönelik olası komplikasyonlar aşağıda detaylandırılmıştır (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2023).

1.5.2.1. Koroner Arter Hastalığı

Yüksek kan basıncı, kalbi besleyen damarların daralmasına ve tıkanmasına yol açabilir. Uzun süreli hipertansiyon, damar duvarlarında yağ birikintilerinin

oluşmasına, yani ateroskleroz gelişmesine neden olur. Bu da kalp krizine zemin hazırlar (Erarslan, 2020).

1.5.2.2. Kalp Yetersizliği

Hipertansiyon, kalp yetmezliği gelişiminde önemli bir rol oynayan risk faktörlerinden biridir. Sürekli yüksek tansiyon, sol ventrikülde kas kalınlaşmasına (hipertrofi) ve kalbin gevşeme fonksiyonunda bozulmaya (diastolik disfonksiyon) neden olarak kalp kasının esnekliğini azaltır. Bu durum, kalbin yeterince etkili kan pompalayamamasına yol açarak kalp yetmezliği tablosunun ortaya çıkmasına zemin hazırlar. 2022 yılı rehberleri, hipertansiyonun uygun şekilde kontrol edilmesinin kalp yetmezliği gelişiminin önlenmesi ve tedavisinde temel bir yaklaşım olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, kalp yetmezliği bulunan hastalarda kan basıncının düzenlenmesi, hastalığın seyrini iyileştirmek ve semptomları hafifletmek açısından büyük önem taşımaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022).

1.5.2.3. İnme

Yüksek kan basıncı, beyin damarlarının zarar görmesine, zayıflamasına veya patlamasına neden olabilir. Bu, inme (iskemik ya da hemorajik) riskini büyük ölçüde artırır (Unger ve diğ., 2020).

1.5.2.4. Aort Diseksiyonu

Aort diseksiyonu, aortanın iç tabakası olan intimanın yırtılmasıyla ortaya çıkar ve bu yırtıktan kan, damar duvarının katmanları arasına geçer; bu durum ciddi ve hayati risk taşıyan acil bir klinik tablodur.

Hipertansiyon, aort diseksiyonunun gelişiminde en kritik risk faktörlerinden biridir; çünkü artan kan basıncı, aort duvarına uygulanan mekanik yükü yükselterek intima tabakasının zarar görmesine zemin hazırlar.

Bunun yanı sıra, aort duvarındaki yapısal bozukluklar, genetik kökenli hastalıklar (Marfan sendromu vb.), damar sertliği (ateroskleroz) ve dışsal travmalar da diseksiyon

gelişimini etkileyen diğer önemli etmenler arasında yer almaktadır (Nienaber ve Clough, 2021).

1.5.2.5. Periferik Arter Hastalığı (PAH)

Hipertansiyon, bacaklardaki damarları etkileyerek kan akışını engeller. Sonuç olarak, bacaklarda ağrı, yorgunluk, soğukluk ve yürürken zorluklar gibi belirtiler ortaya çıkabilir (Erarslan, 2020).

1.5.2.6. Böbrek Yetmezliği (Nefropati)

Yüksek kan basıncı, böbrek yetmezliği ilerledikçe sıklığının arttığı ve kontrolsüz hipertansiyonun böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandığı iyi bilinmektedir. Esansiyel hipertansiyonun böbrek yetmezliği yapıp yapmadığı ise çok tartışılan bir konudur. Günümüzde hipertansif nefroskleroz tanısına çok sık rastlanmakta, oysa bu teşhiste izlenen hastaların birçoğunda altta yatan primer renal hastalığın veya renovasküler hipertansiyon gibi hipertansiyon nedenini atlandığı birçok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır (Sezer ve diğ., 2003).

1.5.2.7. Göz Problemleri (Retinopati)

Hipertansiyon, retina damarlarında çeşitli yapısal bozukluklara neden olarak hipertansif retinopati gelişimine zemin hazırlar. Kan basıncındaki artış, retinal arterlerde daralma, damar sertliği ve kanamalara yol açabilir. Bu durum, görme keskinliğinde azalma ve ileri vakalarda görme kaybı riskini beraberinde getirir. Hipertansiyonun erken dönemde tespiti ve etkili yönetimi, retinopatinin ilerleyişini durdurmak açısından büyük önem taşır (Wong ve Mitchell, 2020).

1.5.2.8. Serebrovasküler Hastalıklar

Yüksek tansiyon, serebrovasküler hastalıkların gelişiminde önemli bir risk faktörü olup, beyin damarlarında hasar meydana getirerek inme, geçici iskemik atak ve diğer vasküler sorunlara zemin hazırlar. Yüksek tansiyon, arter duvarlarında yapısal

bozulmalara ve sertleşmeye yol açarak serebral kan akışının bozulmasına sebep olur. Bu mekanizma, beyinde hem iskemik hem de hemorajik olayların görülme olasılığını artırır. Dolayısıyla, hipertansiyonun etkin kontrolü, serebrovasküler hastalıkların önlenmesi ve hastalık seyrinin iyileştirilmesi açısından hayati öneme sahiptir (O'Donnell ve diğ. 2020)

1.5.2.9. Metabolik Sendrom

Hipertansiyon, yüksek kolesterol, obezite ve şeker hastalığı gibi diğer metabolik risk faktörleriyle birleşerek metabolik sendromu tetikleyebilir. Bu sendrom, kalp hastalıkları ve inme riskini artırır (Erarslan, 2020).

1.5.2.10. Endotel Disfonksiyonu

Yüksek tansiyon, damarların iç yüzeyinde yer alan endotel hücrelerinin işlevini bozar. Bu, damarların sağlıklı bir şekilde genişleyip daralmasını engelleyerek, kardiyovasküler hastalıkların gelişmesine katkı sağlar (Erarslan, 2020).

1.6. HİPERTANSİYON ÜZERİNE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

1.6.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Düzenli fiziksel egzersiz yapmak, hipertansiyonun önlenmesi ve yönetiminde önemli bir role sahiptir. Haftada en az 150 dakika orta şiddette egzersiz yapmak, damarların esnekliğini artırarak kan basıncının düşmesine katkı sağlar. Sürekli yapılan fiziksel aktivite, ilaç tedavisini destekler ve kardiyovasküler sağlığı iyileştirir (Smith ve diğ., 2021).

Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, hipertansiyon tedavisinin temel taşlarından biridir. Sodyum alımının azaltılması, kan basıncının kontrolünde belirgin fayda sağlar. Meyve, sebze, tam tahıl ve düşük yağlı süt ürünlerinin bolca tüketildiği DASH diyeti gibi beslenme modelleri sıkça önerilmektedir. Ayrıca işlenmiş gıdaların azaltılması ve potasyum alımının artırılması, kan basıncının düzenlenmesine destek olur (Johnson ve Lee, 2022).

Diyet düzenlemeleri, Hipertansiyonun yönetimi için tuz alımının azaltılması kritik bir adımdır. Ayrıca, potasyum ve magnezyum bakımından zengin gıdaların tüketiminin artırılması tavsiye edilir. Bu tür besinler, kan basıncını dengelemeye yardımcı olabilir (Uluslararası Hipertansiyon Derneği, 2020).

Sigara kullanımı, hipertansiyon ve diğer kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde önemli bir etkidir. Sigaranın bırakılması, damar fonksiyonlarının iyileşmesini sağlar ve kan basıncını düşürür. Sigara bırakma müdahaleleri, tedavi başarısını artırırken uzun vadeli komplikasyon riskini azaltır; bu nedenle hipertansiyonu olan bireyler için kritik bir yaşam tarzı değişikliğidir (Kumar ve diğ., 2020).

Stresin etkili yönetimi de kan basıncı üzerinde olumlu etkiler oluşturabilir. Kronik stres, kortizol gibi hormonların yükselmesine yol açarak kan basıncının artmasına neden olabilir. Meditasyon, derin nefes egzersizleri ve uygulamaları, hipertansif bireylerde kan basıncını düzenlemeye ve psikolojik iyilik halini artırmaya yardımcı olmaktadır (Wang ve diğ., 2023).

1.6.2. Farmakoterapi

İlaç seçimi ve tedavi planı, hastanın yaşı, etnik kökeni ve varsa eşlik eden hastalıklar gibi faktörlere göre kişiselleştirilmelidir. İlaç grupları seçenekleri incelendiğinde; diüretik ilaçlar, özellikle düşük gelirli ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. ACE İnhibitörleri ve Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri ilaçları, genellikle yüksek gelirli ülkelerde tercih edilen tedavi seçeneklerindendir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2023).

Kalsiyum kanal blokerleri etnik farklılıklar göz önünde bulundurularak, bazı hastalar için daha uygun olabilir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2023).

1.6.3. Özel Durumlar ve Eşlik Eden Hastalıklar

Kan basıncı hedefleri ve tedavi yöntemleri, yaşa bağlı olarak özelleştirilmelidir.

Diabetes mellitus ve böbrek hastalıkları gibi durumların varlığında, tedavi planı bu eşlik eden hastalıklar göz önünde bulundurularak şekillendirilmelidir (Veterans Affairs and Department of Defense, 2020).

1.6.4. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımları

Son yıllarda hipertansiyon tedavisinde geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerine olan ilgi artmış ve bu yaklaşımların etkileri çeşitli araştırmalarda incelenmiştir. 2020 sonrasında yapılan çalışmalara göre, bu yöntemler tedaviye uyumu artırmakta ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Birçok araştırma, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurduğunu göstermektedir. Özellikle bitkisel tedaviler, egzersiz ve dua gibi yaklaşımlar, bu hastalar tarafından sıkça tercih edilmektedir (Arslan ve diğ., 2020).

Hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumu, tedavi başarısı ve hastaların genel sağlık durumu için oldukça önemli bir faktördür. Pek çok araştırma, ilaç uyumunu etkileyen etmenleri ve bu konuda geliştirilen stratejileri incelemiştir (Ruksakulpiwat ve diğ., 2024).

Teknolojik cihaz kullanımı ve yöntemleri, elektronik sağlık kayıtları üzerinden hastaların tedavi uyumsuzluğu tespit edilebilir. Bir araştırmada, klinik notlardan elde edilen verilerle hipertansiyon hastalarının ilaç uyumsuzluğu belirlenmiş ve bu durumun tedavi sonuçları ile modelin performansı üzerindeki etkileri incelenmiştir (Liang ve diğ., 2025).

Hipertansiyon tedavisinde, çoklu ilaç kombinasyonları uyumu artırabilir. Özellikle, üç farklı ilacın düşük dozlarının tek bir tablet halinde birleştirilmesi, tedaviye uyumu ve kan basıncı kontrolünü iyileştirmede etkili olabilir. Bu yaklaşım, hastaların ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmalarını daha kolay hale getirebilir (Williams ve diğ., 2018).

1.7. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI VE ROLÜ

Hemşirelerin hipertansiyon yönetimindeki başlıca rollerini; tanılama, ilaç yönetimi, hasta eğitimi danışmanlık ve beceri geliştirme, bakımın koordinasyonu, toplum sağlığı yönetimi ve performans ölçümü ve kalite iyileştirme olarak sıralamak mümkündür (Yıldırım ve diğ., 2021).

Hemşireler, hipertansiyonun erken dönemde tespit edilmesi için bireylerin kan basınçlarını düzenli aralıklarla ölçmeli ve bu ölçümlerde doğru teknik, uygun manşon boyutu ile kalibre edilmiş cihazlar kullanmalıdır. Ayrıca, bu süreçle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları büyük önem taşımaktadır (Registered Nurses Association of Ontario, 2005).

Hipertansif hastaların kan basıncı seviyelerini kontrol etmeye ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik etkili uygulamalar, uygun sağlık hizmetleri, bilgilendirme, danışmanlık, hatırlatma, kendi kendini izleme, destek ve aile terapisi kombinasyonlarını içermektedir. Ayrıca eğitim yoluyla hemşireler, hipertansif hastalara hipertansiyonlarını kontrol etmeye yardımcı olacak uygun davranışları öğretebilmektedirler. Bu eğitim, hastaların ilaç uyumuna ilişkin beklentilerini artırarak, zamanında ilaç uygulaması, düzenli ilaç kullanımı ve yan etkiler olmasına rağmen tedaviye devam etmeleri gibi tutumları pekiştirmektedir. Eğitimler ayrıca, hastaların hipertansiyonun etkilerini ve komplikasyonlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktadır (Hacıhasanoğlu ve diğ., 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Hemşireler, genellikle kliniğin yönetiminden sorumlu olup, bu süreçte klinikteki diğer ekip üyelerinin sağladığı konsültasyonları ve müdahaleleri koordine ederler. Bakımın tutarlılığını ve kalitesini artırmak amacıyla tedavi kılavuzlarını, karar destek sistemlerini, tedavi algoritmalarını ve geri bildirim sistemlerini geliştirmektedirler. Ayrıca, etkin müdahaleler uygulamak için hemşireler, toplum sağlığı çalışanları, ofis asistanları ve resepsiyon görevlileri gibi diğer personeli yönlendirir; kan basıncı ölçme, randevu planlama ve hatırlatma telefon görüşmeleri gibi görevleri denetlerler. Aynı zamanda, hemşireler, ziyaret süreleri ve vaka yükü gibi faktörleri göz önünde bulundurarak hipertansiyon kliniği için hizmetlerin geri ödeme süreçlerini optimize ederler (Himmelfarb ve diğ., 2016).

Sonuç olarak hemşireler, hipertansiyonu olan hastaların ilaç kullanımını izlerken ve yönetirken önemli görevler üstlenir. Bu görevler, hastaları ilaç kullanımına yönelik eğitmek, ilaç uyumunu izlemek, yan etkileri yönetmek, akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek ve düzenli kan basıncı ölçümleri yaparak tedaviye etkinlik kazandırmaktır. Bu süreçlerde hemşireler, tedaviye uyumu artırmak için çeşitli stratejiler geliştirir ve hastaların sağlıklı bir tedavi süreci geçirmelerini sağlarlar (Türk Kardiyoloji Derneği, 2020).

1.8. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLAÇ UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Antihipertansif tedavi, hipertansiyon yönetiminde temel bir uygulama olmasına rağmen, tedaviye uyum, klinik başarı ve hasta katılımının sağlanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Güncel araştırmalar, ilaç uyumunun yalnızca bireysel özelliklerle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir. Özellikle 2020 sonrası literatürler, antihipertansif tedaviye uyumu belirleyen etkenlerin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Arshed, 2025).

1.8.1. Bireysel Faktörler

Çalışmalar yaş, eğitim seviyesi, ilaç bilgisi ve düzenli kan basıncı takibi gibi bireysel özelliklerin tedaviye uyumu artırdığını belirtmektedir. Örneğin, yapılan bir araştırmada, yaşlı bireyler, yüksek eğitim düzeyine sahip hastalar ve ilaçları hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların, tedaviye daha yüksek oranda uyum sağladıkları saptanmıştır (Arshed, 2025).

Yaşlı yetişkinler, hipertansiyon tedavisinde ilaçlarını düzenli kullanma konusunda genellikle daha yüksek bir uyum sergilemektedir. Benzer şekilde, eğitim düzeyinin yüksek olması da ilaç kullanımına uyumu olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olarak belirtilmektedir. 2024 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, yaşlı bireyler, eğitim seviyesi yüksek olanlar ve ilaçlarıyla ilgili bilgi sahibi olan katılımcıların tedaviye uyumlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Shin ve Konlan, 2023).

1.8.2. Tedavi ile İlişkili Faktörler

İlaçların yan etkileri, tedavi süresinin uzunluğu ve ilaç sayısının fazlalığı gibi tedaviye bağlı faktörler, uyumu olumsuz etkileyebilmektedir (Shin ve Konlan, 2023).

Araştırmalar, hipertansiyon hakkında bilgi sahibi olan hastaların ilaç kullanımına daha düzenli uyum sağladığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, eğitim ve bilinçlendirme müdahalelerinin tedavi uyumunu güçlendirmede kritik bir rol oynadığını göstermektedir (Rhamttallah ve diğ., 2025).

1.8.3. Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi

Araştırmalar, yükselmiş kan basıncı konusunda yeterli bilgiye sahip bireylerin antihipertansif tedaviye daha yüksek oranda uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan hastaların, ilaçlarını düzenli alma ve kullanma oranlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. 2021 yılında yapılan bir çalışmada, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyeleri ile tedaviye uyumları arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (Bakan ve İnci, 2021).

1.8.4. Çevresel ve Ekonomik Faktörler

Kırsal alanlarda yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç uyumu, kentsel alanlarda yaşayanlara göre genellikle daha düşüktür. Bu durum, kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olmasından ve eğitim düzeyinin daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Hossain, 2025).

Eğitim düzeyi ve hipertansiyon konusundaki bilgi, ilaç uyumunu artıran kritik unsurlardır. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, hastalık farkındalığı sayesinde tedaviye daha düzenli uyum göstermektedir (Rhamttallah, 2025).

Sağlık merkezlerine olan yakınlık ve aile ya da toplumsal destek, ilaç uyumunu olumlu yönde etkiler. Özellikle sosyal destek mekanizmaları, hastaların tedaviye devam etmesini teşvik edici bir rol oynamaktadır (Yousuf, 2025).

Yüksek ilaç fiyatları, düşük gelirli bireylerde tedaviye uyumsuzluğu artıran en önemli ekonomik faktörlerden biridir. Sağlık sigortasına sahip olmayan hastalar, ilaçları temin

etmekte güçlük çekmekte ve bu durum tedaviye uyumun düşmesine yol açmaktadır (Choudhry, 2022).

İlaç maliyetlerinin yüksek olması, hastaların temel ihtiyaçlarını kısıtlayabilmesine ve yaşam tarzlarında değişiklik yapmak zorunda kalmasına neden olur. Bu durum, tedaviye bağlılığı olumsuz yönde etkileyebilir (Farah ve diğ., 2024).

İlaç uyumsuzluğu yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda toplum sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Yetersiz tedavi, komplikasyon riskini artırarak sağlık sistemi üzerinde ek yük oluşturur (Donneyong, 2020).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, oral antihipertansif tedavi kullanan bireylerin ilaç tedavisine uyum düzeylerini ve tedaviye bağlılıklarını değerlendirmek ve bu uyumu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla, tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Çalışma, dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, Ekim 2024 – Aralık 2024 arasında kamuya ait bir şehir hastanesine Kardiyoloji polikliniği içerisinde hizmet vermekte olan Kardiyovasküler Stres Test ünitesine ayakta gelen hastalar ile birebir, hasta hasta yakını olmadan, klinik görüşme ortamında boş ve sessiz bir ortam da uyumlanacak şekilde yapılmıştır.

2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini İstanbul ili bir şehir hastanesi oluşturuyor. Hastane 96'sı yoğun bakım olmak üzere toplam 800 yatak kapasitesine sahiptir. Kardiyoloji kliniği ayakta yaklaşık 400 hastaya poliklinik hizmeti veriyor. Araştırmanın yapıldığı üniteye ayakta gelen hasta sayısı ortalama 13 civarındadır. Çoğunluğunu antihipertansif tedavi gören hasta grupları oluşturuyor ve kardiyoloji kliniğinde hizmet vermekte olan; Kardiyovasküler Stres Test ünitesine 3 aylık periyotta, hizmet verdiği iş günlerinde gelen 450 hasta oluşturacaktır. Araştırmada örneklem, belirlenen üç aylık süre zarfında Kardiyovasküler Stres Test Ünitesi'ne başvuran ve antihipertansif tedavi alan hastalardan oluşturulmuş olup, ulaşılabilir örneklem yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla güç (power) analizi yapılmıştır. Güç analizi, istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edebilmek için gerekli minimum örneklem sayısını belirlemeye yarayan bir yöntemdir. Analiz için G*Power 3.1 programı kullanılmış, hata düzeyi (α) %5 ve istatistiksel güç ($1-\beta$) %95 olarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü, literatürden alınan benzer çalışmalara dayanarak orta düzeyde (Cohen $d=0,5$) kabul edilmiştir. Bu parametreler doğrultusunda yapılan

hesaplama sonucunda araştırmada kullanılacak minimum örneklem büyüklüğü 208 hasta olarak bulunmuştur (Çapık, 2014; Kahraman ve Cevahir, 2023).

Araştırma sürecinde, bazı hastaların veri eksikliği veya çalışmaya katılmama olasılığı göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğüne yaklaşık %1 artırma yapılarak hasta sayısı 210 olarak tamamlanmıştır. Böylece, elde edilecek sonuçların güvenilirliği artırılmış ve araştırmanın evrene genellenebilirliği sağlanmıştır.

2.3.1. Araştırma Soruları

Araştırma Sorusu 1: Oral antihipertansif tedavi alan bireylerin ilaç uyum düzeyleri nedir?

Araştırma Sorusu 2: Oral antihipertansif tedavi alan bireylerin ilaç uyumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2.3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Antihipertansif tedavi gören hastaların yaşı, cinsiyeti ve tedavi süreleri

Bağımlı Değişken: Antihipertansif tedavi gören hastaların ilaca uyum ve bağlılık-öz etkililik ölçek puanı.

2.3.3. Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlanma Ölçütleri

Dâhil Edilme Kriterleri;

- Aktif olarak hekim reçeteli oral antihipertansif ilaç kullanıyor olmak,
- 18 yaş ve üzeri erişkin bireyler olmak,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş ve yazılı onam formu imzalamış olmak,
- Ayaktan poliklinik veya klinik başvurusu olan bireyler olmak,
- Hekim tarafından hipertansiyon tanısı konmuş ve tedavi planı belirlenmiş olmak,
- Ciddi bilişsel bozukluğu olmayan ve anketleri yanıtlayabilecek durumda olmak,

- Ağır ek hastalıkları (ör. terminal dönem kanser, ileri kalp yetmezliği) olmayan bireyler olmak,
- Kullandığı ilaçlar hakkında temel bilgileri öğrenmeye ve paylaşmaya açık olmak,
- Araştırmanın gerçekleştirileceği hastaneye düzenli olarak erişim sağlayabilecek durumda olmak.

Dışlanma Kriterleri;

- Normotansif ve tedavisi durdurulmuş bireyler
- İletişim sorunu (demans, hafıza kaybı, ileri derecede dikkat veya yönelim bozukluğu, mental retardasyon gibi bilişsel yeti kayıpları bulunmayan) olan bireyler
- Yatan hasta ve/veya oral olmayan ajanlarla tedavi görüyor olanlar

2.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Fenerbahçe Üniversitesi Etik Kurul (protokol no: 61.2024fbu) onayı alındıktan sonrasında araştırmanın yapılacağı kamu hastane grubunun bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin/onay alınmıştır. Ölçeklerin sahiplerinden e-posta aracılığıyla kullanım izni alınmıştır. Verilerin toplanmasında yazılı ve sözlü onam formu hastaların onayına, hastaneye başvurularına geldikleri klinik ünitesinde, birebir yüz yüze olacak şekilde, öncesinde sunulmuştur.

2.5. VERİLERİ TOPLAMA FORMLARI

Veri toplama formları, Kardiyovasküler Stres Test ünitesine ait odada, bire bir ve yüz yüze yazılı olarak yanıtlayabilecekleri, yalnız ve sakin uygun masa ve oturma düzeni sağlanarak verilmiştir.

2.5.1. Sosyo Demografik ve Tıbbi Öykü Veri Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen, hastaların sosyo demografik özelliklerini belirleyen 8 sorudan oluşan veri formu ve tedavi geçmişlerine ait 23 tanımlayıcı sorulardan oluşan veri formları kullanılmıştır (Benli ve Demir, 2020).

2.5.2. İBÖS (İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası)

İBÖS, hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık /uyum öz-etkililiği algısını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansifleri, düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan İBÖS; 26 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektedir. Örneğin “işte olduğunuzda ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden emin misiniz” ifadesini bireyin “hiç emin değilim”, “biraz eminim”, “çok eminim” yanıt seçeneklerinden biri ile değerlendirme istenmektedir. Bu anlamda ölçeğe 26-78 arasında toplam puanı elde edilmektedir puanın yükselmesi bireyin antihipertansif tedavisine uyumun iyi olduğunu göstermektedir.

İlaç Uyum Öz-Yeterlilik Ölçeği (Medication Adherence Self-Efficacy Scale, MASES) ilk olarak 2003 yılında hipertansif Amerikalı bir örneklemde geliştirilmiş, özellikle hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tedavisinde ilaç uyumunu etkileyen bireysel inançları değerlendirmeye yönelik bir araçtır. İlk çalışmada ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0,95 olarak bulunmuş, geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır (Ogedegbe ve diğ., 2003) İlaç Bağlılık/Uyum Öz-etkililik Ölçeğinden Türkçeye uyarlanmasını 2005 yılında Gözümlü ve Hacıhasanoğlu 140 hipertansif hasta üzerinde yapmıştır. Türkçe uyarlamasının güvenirlik katsayısı 0,94 olup, madde-toplam puan korelasyonları ise 0,26-0,72 arasındadır. Gözümlü ve Hacıhasanoğlu kan basıncı normal değerlerin üstünde olan hastalarda İBÖS’ün, kan basıncı değerleri normal sınırlarda olan hastalara göre daha düşük olduğunu ve bu nedenle kestirim geçerliliğinin yeterli olduğunu saptamışlardır (Gözümlü ve Hacıhasanoğlu, 2005).

Bu araştırmada İBÖS ölçeğinin güvenirliği Cronbach’s Alpha=0,949 olarak yüksek bulunmuştur.

2.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Verilerin toplanmasında literatüre uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik veri ve bilgi formu (Ek 6), Tıbbi Öykü Veri Formu (Ek 7) ve Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği (İBÖS, Ek 8) kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneye ayaktan gelen hastalara bireysel onam/rıza formu doldurulmuş ve onay veren hastaların verileri kullanılmıştır.

2.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZLERİNİN YAPILMASI

2.7.1. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 2.1: Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
İBÖS Toplam	-0,871	0,047

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1,5 ile -1,5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2,0 ile -2,0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3. BULGULAR VE YORUMLAR

3.1. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
20-29	23	11,0
30-39	17	8,1
40-49	60	28,6
50-59	70	33,3
60 ve Üzeri	40	19,0
Cinsiyet		
Erkek	111	52,9
Kadın	99	47,1
Medeni Durum		
Evli	115	54,8
Bekar	95	45,2
Eğitim Durumu		
İlkokul Altı	53	25,2
İlkokul	37	17,6
Ortaokul	28	13,3
Lise	42	20,0
Üniversite ve Üzeri	50	23,8
Çocuk Sahipliği		
Evet	158	75,2
Hayır	52	24,8
Çocuk Sayısı		
1	25	15,8
2	44	27,8
3	37	23,4
4 ve Üzeri	52	32,9
Bakmakla Yükümlü Kişi Varlığı		
Evet	51	24,3
Hayır	159	75,7
Düzenli İş Sahipliği		
Evet	100	47,6
Hayır	110	52,4

Tablo 3.1 çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en büyük

grubun %33,3 ile 50-59 yaş aralığında yer aldığı, bunu %28,6 ile 40-49 yaş grubunun izlediği görülmektedir. En az temsil edilen yaş grubu ise %8,1 ile 30-39 yaş aralığıdır. Katılımcıların %52,9'unun erkek, %47,1'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından bireylerin %54,8'i evli, %45,2'si ise bekdir. Eğitim düzeyine bakıldığında, %25,2'si ilkokul altı, %23,8'i üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahipken, ortaokul ve lise mezunu bireylerin oranı sırasıyla %13,3 ve %20'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%75,2) çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Çocuk sayısına göre dağılımda ise %32,9'unun dört ve üzeri çocuğa sahip olduğu, bunu %27,8 ile iki çocuğa sahip bireylerin izlediği gözlenmiştir. Katılımcıların %24,3'ü çocukları dışında evde bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey bulunduğunu ifade ederken, %75,7'si böyle bir sorumluluğunun olmadığını belirtmiştir. Düzenli bir işte çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde ise, katılımcıların %47,6'sı çalışmakta, %52,4'ü ise herhangi bir düzenli işe sahip olmadığını ifade etmiştir. Bu bulgular, örneklemin büyük bir kısmının orta yaş grubunda, evli, çocuk sahibi ve çeşitli eğitim düzeylerine sahip bireylerden oluştuğunu göstermektedir.

3.2. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN TIBBİ ÖYKÜ ÖZELLİKLERİNE DAĞILIMLARI

Tablo 3.2: Hastaların Tıbbi Öykü Özelliklerine Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Tedavi Görünen Başka Kronik Hastalıklar*		
Astım	28	13,3
Koah	28	13,3
Diyabet	35	16,7
Doğumsal Kalp Hastalığı	15	7,1
Kolesterol	44	21,0
Kanser	3	1,4
Diğer Hastalık	22	10,5
Hipertansiyon Süresi		
1-4 Yıl	133	63,3
5-9 Yıl	47	22,4
10 ve Üzeri	30	14,3
Ailede Hipertansiyon Varlığı		
Evet	169	80,5

Hayır	41	19,5
Ailede Hipertansiyonun Kimlerde Olduğu		
Anne	95	56,2
Baba	56	33,1
Kardeş	18	10,7
Tansiyon Ölçüm Sıklığı		
Hiç Ölçmüyorum	19	9,0
Her Gün	34	16,2
Gün Aşırı	19	9,0
On Günde Bir	42	20,0
Yükseldiğinde	68	32,4
Düştüğünde	28	13,3
Doktor Kontrol Sıklığı		
Ayda Bir	31	14,8
Üç Ayda Bir	55	26,2
Altı Ayda Bir	41	19,5
Yılda Bir	54	25,7
Hiç Gitmem	29	13,8
Tansiyon İlaç Sayısı		
1	162	77,1
2	32	15,2
3	16	7,6
İlaç Kullanım Süresi		
1 Yıldan Az Bir Süredir	54	25,7
1-3 Yıl	64	30,5
4-6 Yıl	35	16,7
7-9 Yıl	35	16,7
10 Yıl ve Daha Fazladır	22	10,5
İlaç Tanıma Yöntemi		
İsminden	128	61,0
Kutusundan	66	31,4
Şeklinden	16	7,6
İlaç Tedavisinde Değişiklik		
Evet	105	50,0
Hayır	105	50,0
Tedavi Değişiklik Nedeni		
Yan Etki Yaptı	26	24,8
Tansiyonumu Düşürmedi	32	30,5
Pahalıydı	7	6,7
Doktorumun Önerisiydi	24	22,9
Nedenini Bilmiyorum	4	3,8
Diğer	12	11,4
İlaç Alma Şekli		
Her Gün Düzenli	134	63,8
Tansiyonumun Yükseldiğini	76	36,2
Hissettiğimde		
Hipertansiyon Eğitimi Alma Durumu		
Evet	72	34,3

Hayır	138	65,7
Kontrol Amacıyla Kullanılan Yöntem Varlığı		
Evet	80	38,1
Hayır	130	61,9
Uygulanan Yöntemin Etkililiğine İnanç		
Evet	74	92,5
Hayır	6	7,5
Diyet Varlığı		
Evet	78	37,1
Hayır	132	62,9
Diyete Uyum Düzeyi		
Evet	63	80,8
Hayır	15	19,2
Tansiyonun yükseldiğinin nasıl anlaşıldığı*		
Baş Ağrısı	121	57,6
Çarpıntı	38	18,1
Düzenli Ölçtüğümde Fark Ederim	14	6,7
Göğüs Ağrısı	28	13,3
Çarpıntı	38	18,1
Yorgunluk	33	15,7
Gözlerde Kararma	60	28,6
Halsizlik	42	20,0
Nefes Darlığı	11	5,2
Mide Bulantısı	56	26,7
Uykusuzluk	12	5,7
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	114	54,3
Hayır	96	45,7
Egzersiz Sıklığı		
Her Gün	34	29,8
Gün Aşırı	17	14,9
Hafta Da Birkaç Kez	36	31,6
Ayda Bir Kez	27	23,7
Stres Kaynağı Varlığı		
Evet	122	58,1
Hayır	88	41,9
Stresle Baş Etme Yöntemi Varlığı		
Evet	62	29,5
Hayır	148	70,5
Cinsel Yaşam Değişikliği Durumu		
Evet	68	32,4
Hayır	142	67,6

*Birden fazla seçilen madde

Tablo 3.2 antihipertansif tedavi gören bireylerin hastalık öyküsü, tedavi süreci ve hastalık yönetimine yönelik davranışsal özelliklerine ilişkin dağılım sunulmuştur.

Katılımcıların %21'i kolesterol, %16,7'si diyabet ve %13,3'ü astım ya da KOAH gibi ek kronik hastalıklara sahip olduğunu belirtmiştir. Hipertansiyon süresi açısından bireylerin %63,3'ü hastalık tanısını 1–5 yıl önce aldığını ifade etmiş, %14,3'ü ise 10 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon ile yaşamaktadır. Ailede hipertansiyon öyküsü oldukça yaygındır (%80,5) ve bu durum en sık annede (%56,2) bildirilmiştir.

Tansiyon ölçüm sıklığına ilişkin veriler, %32,4'lük bir oranın yalnızca tansiyon yükseldiğinde ölçüm yaptığını göstermekte; düzenli her gün ölçüm yapanların oranı ise %16,2'dir. Katılımcıların %26,2'si üç ayda bir, %25,7'si yılda bir kez doktora kontrole gitmekte, %13,8'i ise hiç gitmediğini belirtmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%77,1) yalnızca bir antihipertansif ilaç kullanmakta olup, %30,5'i ilaçlarını 1-3 yıl süresince, %25,7'si ise bir yıldan daha kısa süredir kullanmaktadır. İlaçlarını tanıma yöntemi olarak %61'i ismini, %31,4'ü ise kutusunu esas aldığını ifade etmiştir.

İlaç tedavisinde değişiklik bildirenlerin oranı %50 olup, bu değişikliklerin en yaygın nedenleri ilacın tansiyonu düşürmemesi (%30,5) ve yan etki yapması (%24,8) olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %63,8'i ilaçlarını her gün düzenli olarak aldığını belirtirken, %36,2'si yalnızca tansiyon yükseldiğinde ilaç kullandığını ifade etmiştir. Hipertansiyon konusunda eğitim alan bireylerin oranı %34,3, kontrol amacıyla alternatif yöntem kullandığını belirtenlerin oranı ise %38,1'dir. Bu yöntemlerin etkili olduğuna inanan bireylerin oranı %92,5'tir.

Diyet uygulayan bireylerin oranı %37,1 olup, bu bireylerin %80,8'i diyetlerine uyum sağladıklarını belirtmiştir. Katılımcılar tansiyonlarının yükseldiğini en sık baş ağrısı (%57,6), göz kararması (%57,6) ve mide bulantısı (%26,7) gibi belirtilerle fark ettiklerini ifade etmiştir. Egzersiz yapma alışkanlığı %54,3 oranında bildirilmiş olup, bu bireylerin %31,6'sı haftada birkaç kez egzersiz yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %58,1'i yaşamlarında stres kaynağı olduğunu ifade ederken, stresle baş etmek için etkili bir yöntem kullandığını belirtenlerin oranı %29,5'tir. Ayrıca, hipertansiyon tanısı sonrası cinsel yaşamında değişiklik yaşadığını ifade eden bireylerin oranı %32,4'tür.

Bu bulgular, hipertansiyon tedavisinde yalnızca farmakolojik uyumun değil, aynı zamanda bireylerin hastalık farkındalığı, sağlık davranışları, stres yönetimi ve yaşam

tarzı alışkanlıklarının da önemli belirleyiciler olduğunu ortaya koymaktadır.

3.3. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARI

Tablo 3.3: İBÖS Puan Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Ranjı
İBÖS Toplam	210	54,776	13,902	26,000	78,000	26-78

Tablo 3.3, çalışmaya katılan bireylerin İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Buna göre, toplam 210 katılımcıdan elde edilen veriler doğrultusunda İBÖS puan ortalaması 54,78 ($\pm 13,90$) olarak bulunmuştur. Katılımcıların aldıkları puanlar 26 ile 78 arasında değişmekte olup, bu değerler ölçeğin teorik alt (26) ve üst (78) sınırlarıyla örtüşmektedir. Elde edilen ortalama puan, bireylerin genel olarak antihipertansif ilaç tedavisine uyum ve öz-etkililik algılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.4. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Tablo 3.4: İBÖS Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	İBÖS Toplam
Yaş		Ort ± SS
20-29	23	53,61±13,76
30-39	17	57,29±16,87
40-49	60	54,03±14,93
50-59	70	55,01±13,09
60 ve Üzeri	40	55,08±12,92
F=		0,229
p=		0,922
Cinsiyet		Ort ± SS
Erkek	111	53,71±14,53
Kadın	99	55,97±13,13
t=		-1,176
p=		0,241
Medeni Durum		Ort ± SS
Evli	115	56,84±14,18
Bekar	95	52,27±13,20
t=		2,398
p=		0,017
Eğitim Durumu		Ort ± SS
İlkokul Altı	53	51,79±11,58
İlkokul	37	57,84±12,14
Ortaokul	28	55,11±14,07
Lise	42	55,81±14,48
Üniversite ve Üzeri	50	54,62±16,47
F=		1,125
p=		0,346
Çocuk Sahipliği		Ort ± SS
Evet	158	56,23±13,05
Hayır	52	50,35±15,53
t=		2,688
p=		0,008
Çocuk Sayısı		Ort ± SS
1	25	56,12±14,09
2	44	57,64±13,55
3	37	58,35±12,34
4 ve Üzeri	52	53,60±12,51
F=		1,208
p=		0,309

Bakmakla Yüklü Kişi Varlığı		Ort ± SS
Evet	51	51,43±13,95
Hayır	159	55,85±13,76
t=		-1,989
p=		0,048

Düzenli İş Sahipliği		Ort ± SS
Evet	100	54,11±14,51
Hayır	110	55,38±13,37
t=		-0,661
p=		0,509

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 3.4, bireylerin İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) toplam puanlarının çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yaş gruplarına göre İBÖS puan ortalamaları 53,61 ile 57,29 arasında değişmekte olup en yüksek ortalamanın 30–39 yaş grubunda ($57,29 \pm 16,87$), en düşük ortalamanın ise 20–29 yaş grubunda ($53,61 \pm 13,76$) olduğu görülmüştür. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,229$; $p=0,922$). Cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmada kadınların İBÖS puan ortalaması ($55,97 \pm 13,13$), erkeklerden ($53,71 \pm 14,53$) daha yüksek olmakla birlikte, bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-1,176$; $p=0,241$).

Medeni durum açısından yapılan değerlendirmede ise evli bireylerin İBÖS puan ortalamasının ($56,84 \pm 14,18$), bekâr bireylerin ortalamasına ($52,27 \pm 13,20$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,398$; $p=0,017$). Eğitim düzeyine göre İBÖS puanları incelendiğinde en yüksek ortalamanın ilkökul mezunlarında ($57,84 \pm 12,14$), en düşük ortalamanın ise ilkökul altı eğitim düzeyine sahip bireylerde ($51,79 \pm 11,58$) olduğu görülse de bu farklılık anlamlı değildir ($F=1,125$; $p=0,346$).

Çocuk sahibi olan bireylerin İBÖS puan ortalamasının ($56,23 \pm 13,05$), çocuk sahibi olmayanlara göre ($50,35 \pm 15,53$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2,688$; $p=0,008$). Çocuk sayısına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da üç çocuğu olan bireylerin ortalamasının ($58,35 \pm 12,34$) en yüksek olduğu görülmektedir ($F=1,208$; $p=0,309$). Evde bakmakla yükümlü olunan birey varlığına göre yapılan karşılaştırmada, bu sorumluluğa sahip

olmayan bireylerin İBÖS puan ortalamalarının ($55,85 \pm 13,76$), sorumluluğa sahip bireylere göre ($51,43 \pm 13,95$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=1,989$; $p=0,048$).

Son olarak, düzenli iş sahibi olma durumuna göre İBÖS puanları karşılaştırıldığında, iş sahibi olmayan bireylerin ortalamasının ($55,38 \pm 13,37$) iş sahibi olanlardan ($54,11 \pm 14,51$) bir miktar yüksek olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-0,661$; $p=0,509$).

Bu bulgular, bireylerin ilaç tedavisine uyum ve öz-etkililik düzeylerinin özellikle medeni durum, çocuk sahipliği ve bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı gibi sosyal faktörlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. İlaç uyumu açısından, destekleyici sosyal çevreye ve bireyin yükümlülük düzeyine ilişkin değişkenler önemli belirleyiciler arasında yer alabilir.

3.5. ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARI İLE TIBBİ ÖYKÜ VE HASTALIKLA OLAN İLİŞKİSİ

Tablo 3.5: İBÖS Puanlarının Tıbbi Öykü ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	İBÖS Toplam
Hipertansiyon Süresi		Ort $\pm$ SS
1-4 Yıl	133	$53,79 \pm 14,34$
5-9 Yıl	47	$55,77 \pm 12,82$
10 ve Üzeri	30	$57,60 \pm 13,46$
F=		1,074
p=		0,344
Ailede Hipertansiyon Varlığı		Ort $\pm$ SS
Evet	169	$55,69 \pm 13,63$
Hayır	41	$51,02 \pm 14,53$
t=		1,939
p=		0,054
Ailede Hipertansiyonun Kimlerde Olduğu		Ort $\pm$ SS
Anne	95	$55,81 \pm 13,31$
Baba	56	$55,52 \pm 14,49$
Kardeş	18	$55,56 \pm 13,34$
F=		0,009
p=		0,991

Tansiyon Ölçüm Sıklığı		Ort ± SS
Hiç Ölçmüyorum	19	49,68±17,39
Her Gün	34	52,94±16,53
Gün Aşırı	19	60,79±13,02
On Günde Bir	42	56,31±12,93
Yükseldiğinde	68	57,29±11,80
Düştüğünde	28	47,96±11,51
F=		3,419
p=		0,005
PostHoc=		3>1, 5>1, 3>2, 3>6, 4>6, 5>6 (p<0,05)

Doktor Kontrol Sıklığı		Ort ± SS
Ayda Bir	31	55,81±15,23
Üç Ayda Bir	55	60,55±12,81
Altı Ayda Bir	41	53,78±13,79
Yılda Bir	54	51,96±13,36
Hiç Gitmem	29	49,38±12,42
F=		4,374
p=		0,002
PostHoc=		2>3, 2>4, 2>5 (p<0,05)

Tansiyon İlaç Sayısı		Ort ± SS
1	162	54,50±14,21
2	32	57,75±14,16
3	16	51,63±8,97
F=		1,177
p=		0,310

İlaç Kullanım Süresi		Ort ± SS
1 Yıldan Az Bir Süredir	54	50,07±15,91
1-3 Yıl	64	54,81±12,78
4-6 Yıl	35	55,89±11,56
7-9 Yıl	35	59,37±12,92
10 Yıl ve Daha Fazladır	22	57,14±14,43
F=		2,809
p=		0,027
PostHoc=		4>1, 5>1 (p<0,05)

İlaç Tanıma Yöntemi		Ort ± SS
İsminden	128	54,39±14,63
Kutusunda	66	56,85±12,12
Şeklinden	16	49,31±13,82
F=		2,038
p=		0,133

İlaç Tedavisinde Değişiklik		Ort ± SS
Evet	105	56,50±13,79
Hayır	105	53,06±13,87
t=		1,802
p=		0,073

İlaç Alma Şekli		Ort ± SS
Her Gün Düzenli	134	59,36±13,91
Tansiyonumun Yükseldiğini Hissettiğimde	76	46,70±9,59
t=		7,041
p=		0,000

Hipertansiyon Eğitimi Alma Durumu		Ort ± SS
Evet	72	57,32±14,75
Hayır	138	53,45±13,30
t=		1,927
p=		0,055
Kontrol Amacıyla Kullanılan Yöntem Varlığı		Ort ± SS
Evet	80	56,75±12,64
Hayır	130	53,56±14,54
t=		1,620
p=		0,107
Diyet Varlığı		Ort ± SS
Evet	78	56,09±12,70
Hayır	132	54,00±14,56
t=		1,053
p=		0,294
Egzersiz Yapma Durumu		Ort ± SS
Evet	114	56,32±13,24
Hayır	96	52,94±14,51
t=		1,768
p=		0,079
Egzersiz Sıklığı		Ort ± SS
Her Gün	34	56,74±15,01
Gün Aşırı	17	57,53±12,85
Hafta Da Birkaç Kez	36	56,36±11,52
Ayda Bir Kez	27	55,00±13,88
F=		0,145
p=		0,933
Stres Kaynağı Varlığı		Ort ± SS
Evet	122	56,86±14,02
Hayır	88	51,89±13,28
t=		2,593
p=		0,010
Stresle Baş Etme Yöntemi Varlığı		Ort ± SS
Evet	62	56,73±13,53
Hayır	148	53,96±14,02
t=		1,318
p=		0,189
Cinsel Yaşam Değişikliği Durumu		Ort ± SS
Evet	68	53,47±12,54
Hayır	142	55,40±14,51
t=		-0,942
p=		0,323

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 3.5, bireylerin İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) toplam puanlarının hastalığa ilişkin özellikler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Hipertansiyon süresine göre değerlendirildiğinde, 10 yıl ve üzeri hipertansiyon öyküsü olan bireylerin İBÖS puan ortalamaları ($57,60 \pm 13,46$) daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1,074$; $p=0,344$). Ailede hipertansiyon öyküsü olan bireylerin puan ortalamaları daha yüksek olsa da ($55,69 \pm 13,63$), bu farklılık anlamlılık sınırına oldukça yakın bir düzeyde kalmıştır ($t=1,939$; $p=0,054$). Ailede hastalığın kimde bulunduğu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,991$). Tansiyon ölçüm sıklığına göre İBÖS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($F=3,419$; $p=0,005$). Post-hoc analiz sonucuna göre, gün aşırı, on günde bir ve tansiyon yükseldiğinde ölçüm yapan bireylerin, hiç ölçüm yapmayan ve tansiyon düştüğünde ölçen bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Benzer şekilde, doktor kontrol sıklığı değişkeninde de anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($F=4,374$; $p=0,002$); üç ayda bir kontrole giden bireylerin, altı ayda bir, yılda bir ya da hiç doktora gitmeyen bireylere göre daha yüksek İBÖS puanına sahip oldukları saptanmıştır.

İlaç kullanım süresi değişkeninde de anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=2,809$; $p=0,027$); beş yıl ve üzeri süredir ilaç kullanan bireylerin, bir yıldan az süredir ilaç kullanan bireylere göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Öte yandan, kullanılan ilaç sayısı ve ilacı tanıma yöntemi değişkenlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İlaç tedavisinde değişiklik yaşayan bireylerin puanları daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($t=1,802$; $p=0,073$). Ancak ilaç alma şekline göre yapılan karşılaştırmada, her gün düzenli ilaç kullanan bireylerin İBÖS puan ortalaması ($59,36 \pm 13,91$), yalnızca tansiyon yükseldiğinde ilaç kullananlara göre ($46,70 \pm 9,59$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t=7,041$; $p<0,001$).

Hipertansiyon eğitimi almış bireylerin İBÖS puan ortalaması ($57,32 \pm 14,75$), eğitim almamış bireylere göre daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırında kalmıştır ($t=1,927$; $p=0,055$). Kontrol amacıyla alternatif bir yöntem kullanan bireylerde de ortalama puan daha yüksek olmakla birlikte fark anlamlı değildir ($p=0,107$). Diyet yapma, egzersiz durumu ve egzersiz sıklığı gibi

değişkenlerde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$), ancak egzersiz yapan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Stres kaynağına sahip olduğunu belirten bireylerin İBÖS puan ortalamasının ($56,86\pm14,02$), stres kaynağı bulunmayanlara göre ($51,89\pm13,28$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=2,593$; $p=0,010$). Stresle baş etme yöntemi varlığı, cinsel yaşamda değişiklik ve diğer özelliklerde anlamlı bir fark saptanmamıştır.



4. TARTIŞMA

Bu araştırma, hipertansiyon tedavisinde bireylerin ilaç uyum düzeylerini ve tedaviye olan bağlılıklarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiş olup, İstanbul ilinde bir şehir hastanesinde antihipertansif tedavi gören 210 bireyden elde edilen veriler üzerinden yürütülmüştür. Tedaviye Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) aracılığıyla toplanan bulgular, ilaç uyumsuzluğunun hipertansiyon tedavisinde hâlâ önemli bir engel oluşturduğunu ve bu durumun bireylerin tedaviye olan bağlılık düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırmanın verileri; hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması, hastaların ilaca bağlılık /uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkilerin tartışılması gruplandırılarak tartışılmıştır.

Elde edilen veriler, demografik ve hastalığa ilişkin çeşitli değişkenlerin, yalnızca bireylerin tedaviye yaklaşım biçimlerini değil, aynı zamanda öz-etkililik algılarını da şekillendirdiğini göstermektedir. Bu durum, antihipertansif tedaviye bağlı kalma sürecinin bireysel faktörlerin ötesinde, çok katmanlı sosyal, çevresel ve sistem düzeyinde ele alınması gerektiğine işaret etmektedir. Özellikle sosyal destek mekanizmalarının varlığı, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ve bireyin yaşam tarzı alışkanlıkları gibi unsurların tedavi uyumu üzerinde belirleyici olduğu dikkat çekmektedir.

Bu bölümde, çalışmada elde edilen bulgular mevcut literatürle karşılaştırmalı olarak ele alınmakta; hipertansiyon yönetiminde bireysel tutumların yanı sıra sistemik koşulların da dikkate alınmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, tedaviye uyumun desteklenmesinde yalnızca farmakolojik yaklaşımların değil, aynı zamanda bütüncül ve bireyin yaşam koşullarını gözetken sağlık hizmeti planlamalarının da önemli rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.1. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, antihipertansif tedavi gören bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelenmiş; ilaç uyumu açısından risk oluşturabilecek tanımlayıcı faktörler değerlendirilmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunun 50–59 yaş aralığında (%33,3) olduğu görülmüştür. Bu bulgu, hipertansiyonun yaşla birlikte görülme sıklığının arttığını belirten literatürle uyumludur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2021) ve Türkiye Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin (TÜRKİYE-HIP, 2022) verilerine göre, hipertansiyon prevalansı 50 yaş üzerindeki bireylerde belirgin şekilde artmakta ve bu yaş grubu antihipertansif tedaviye en fazla ihtiyaç duyan kesimi oluşturmaktadır. Çalışmamızda yaş gruplarına göre İBÖS puan ortalamaları 53,61 ile 57,29 arasında değişmekte olup en yüksek ortalamanın 30–39 yaş grubunda ($57,29 \pm 16,87$), en düşük ortalamanın ise 20–29 yaş grubunda ($53,61 \pm 13,76$) olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=0,229$; $p=0,922$). Bu sonuç, yaş grupları arasında öz-etkililik düzeylerinde belirgin bir fark olmadığını, ilaç uyumunun yaş faktöründen bağımsız olarak benzer düzeyde seyrettiğini göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, Tablo 3.1'de de görüldüğü gibi erkeklerin (%52,9) kadınlardan (%47,1) biraz daha fazla temsil edildiği belirlenmiştir. Bu dağılım, bazı çalışmalarda hipertansiyonun erkeklerde daha sık görüldüğünü ortaya koyan sonuçlarla örtüşürken (Çiçekçioğlu ve diğ., 2024), bazı çalışmalarda kadınların sağlık hizmetlerine başvurma oranının daha yüksek olması nedeniyle kadın katılımcı oranlarının fazla olduğunu bildiren bulgularla çelişmiştir (Eren ve diğ., 2021). Katılımcıların İBÖS puan ortalamaları incelendiğinde ise, kadınların ($55,97 \pm 13,13$) erkeklerden ($53,71 \pm 14,53$) daha yüksek olduğu görülmüş; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,176$; $p=0,241$). Bu bulgu, cinsiyetin ilaç uyumuna yönelik öz-etkililik algısı üzerinde belirleyici bir değişken olmadığını düşündürmektedir.

Medeni durum açısından bireylerin yarıdan fazlasının evli (%54,8), %45,2'sinin ise bekâr olduğu tespit edilmiştir. Evli bireylerin İBÖS puan ortalamasının ($56,84 \pm 14,18$) bekâr bireylerden ($52,27 \pm 13,20$) anlamlı derecede yüksek bulunması ($t=2,398$;

$p=0,017$), sosyal destek faktörü bağlamında dikkat çekicidir. Literatürde de evli bireylerde eş desteğinin ilaç uyumunu artırdığı gösterilmiştir (Mansur ve Kılıç, 2019). Özellikle eşin tedavi sürecine dâhil olması, ilaçların hatırlatılması ve randevuya gitme motivasyonunun desteklenmesi gibi yollarla tedaviye uyumun olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine bakıldığında, katılımcıların %25,2'sinin ilkokul altı, %23,8'inin ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. İBÖS puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği (örneğin en yüksek ortalama ilkokul mezunlarında $57,84 \pm 12,14$; en düşük ortalama ilkokul altı grupta $51,79 \pm 11,58$) görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1,125$; $p=0,346$). Eğitim düzeyi, ilaç uyumunda önemli bir belirleyici faktör olarak kabul edilse de bu çalışmada düşük ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin oranının birbirine yakın olması, uyum açısından heterojen bir değerlendirme yapmayı mümkün kılmaktadır (Çınar ve diğ., 2022).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%75,2) çocuk sahibi olduğu ve %32,9'unun dört ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Çocuk sahibi olan bireylerin İBÖS puan ortalamasının ($56,23 \pm 13,05$), çocuk sahibi olmayanlara göre ($50,35 \pm 15,53$) anlamlı derecede yüksek olması ($t=2,688$; $p=0,008$), sosyal sorumlulukların ilaç uyumunu artırıcı bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte çocuk sayısına göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=1,208$; $p=0,309$). Ayrıca çocuklar dışında evde bakım verilen bireylerin oranının %24,3 olması, bakım yükünün tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyebilecek bir başka faktör olduğunu göstermiştir. Nitekim bakım yükü artan bireylerde, bakım sorumluluğu olanların İBÖS ortalamasının ($51,43 \pm 13,95$), bu sorumluluğu olmayanlardan ($55,85 \pm 13,76$) anlamlı düzeyde düşük bulunması ($t=-1,989$; $p=0,048$) dikkat çekicidir. Literatürde de bakım yükü artan bireylerde kendi sağlık davranışlarının ikinci plana atıldığı ve ilaç uyumunun azaldığı vurgulanmıştır (Karahana ve diğ., 2020).

Katılımcıların %47,6'sının düzenli bir işte çalıştığı, %52,4'ünün ise çalışmadığı belirlenmiştir. İş sahibi olanların İBÖS ortalaması ($54,11 \pm 14,51$), iş sahibi olmayanlardan ($55,38 \pm 13,37$) biraz daha düşük bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-0,661$; $p=0,509$). İstihdam durumunun ilaç uyumu üzerinde

çift yönlü bir etki yarattığı görülmektedir. Çalışan bireylerin düzenli yaşam rutinine sahip olmaları nedeniyle ilaçlarını daha düzenli aldıkları, ancak yoğun iş temposu ve stres gibi faktörlerin tedaviye olan ilgiyi azaltabildiği ortaya konmuştur. Çalışmayan bireylerde ise zaman yönetimi açısından avantaj bulunmasına rağmen, ekonomik yetersizlik ve sosyal izolasyon gibi etkenlerin uyumu olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Uğur ve diğ., 2021).

4.2. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLACA BAĞLILIK /UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE TIBBİ ÖYKÜ ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, antihipertansif tedavi gören bireylerin ilaç uyumunu etkileyen faktörler incelenmiş, elde edilen bulgular, komorbid hastalıkların varlığı, hipertansiyon süresi ve ailede hipertansiyon öyküsünün ilaç uyumu üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan bireylerin %21,0'ında hiperlipidemi, %16,7'sinde diyabet ve %13,3'ünde astım veya KOAH gibi ilave kronik hastalıkların bulunduğu görülmektedir. Bu bulgu, birden fazla hastalığın aynı anda varlığının tedavi süreçlerini daha karmaşık hale getirebileceğini ve bunun da ilaç kullanımına olan uyumu olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Literatürde de çoklu kronik hastalık durumlarının ilaç yönetimini zorlaştırarak tedaviye uyumda düşüşe yol açabileceği ifade edilmektedir (Williams ve diğ., 2018). Bununla birlikte, bazı araştırmalar, komorbiditelerin bireylerin sağlık durumlarına karşı daha dikkatli ve bilinçli davranmalarına neden olarak, ilaç uyumunun olumlu yönde etkilenebileceğini de öne sürmektedir. Bu nedenle, her bireyin sağlık geçmişi bağlamında değerlendirilmesi ve tedavi planlarının bu doğrultuda şekillendirilmesi gerekmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmının (%63,3) hipertansiyon tanısını son 1–5 yıl içinde aldığı, %14,3'ünün ise 10 yılı aşkın süredir bu hastalıkla yaşadığı saptanmıştır. Hastalığın uzun süreli varlığı, bireylerde zamanla tedaviye karşı duyarsızlık veya motivasyon eksikliği gibi sorunlara neden olabilirken; hastalığın yeni tanıldığı durumlarda ise bilgi eksikliği ya da farkındalık düzeyinin yetersiz olması ilaç uyumunu sekteye uğratabilir. Bu durum, farklı hastalık evrelerinde olan bireylerin ihtiyaçlarının da farklılaştığını ve bireye özel

eğitim programları ile takip stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Çakmak, 2024).

Çalışmada elde edilen bir diğer önemli bulgu, bireylerin %80,5'inin ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunduğunu ve bunun çoğunlukla anneden kaynaklandığını (%56,2) belirtmeleridir. Ailede hipertansiyon öyküsünün bulunması, genetik yatkınlık ačíısından önemli bir faktör olmakla birlikte, bireyin hastalık konusunda daha bilinçli olmasına da zemin hazırlayabilir. Ancak bu durum her zaman olumlu sonuç doğurmayabilir; zira bazı bireylerde kalıtsal gečí düşüncesi, hastalığın kaçınılmaz olduğu yönünde bir kabullenişe ve dolayısıyla tedaviye karşı ilgisizlik ya da umursamazlığa yol ačíabilir (Williams ve diğer., 2018). Bu nedenle, aile öyküsüne sahip bireylerde sağlık algısının ve tutumlarının detaylı biçimde ele alınması, gerektiğinde psikososyal destekle güçlendirilmesi faydalı olacaktır.

Araştırma bulgularına göre, antihipertansif tedavi gören bireylerin yalnızca %16,2'si her gün düzenli olarak tansiyon ölçümü yapmakta, %32,4'ü ise yalnızca tansiyon yükseldiğinde ölçüm gerçekleştirmektedir. Bu durum, hastaların kan basıncı kontrolü konusunda yeterli farkındalığa sahip olmadığını göstermektedir. 2024 Avrupa Kardiyoloji Derneği kılavuzları, evde kan basıncı takibinin önemini vurgulayarak, hastaların düzenli olarak evde tansiyon ölçümü yapmalarını önermektedir. Bu yaklaşım, hastaların tedaviye uyumunu artırmakta ve hipertansiyon yönetiminde etkinliği sağlamaktadır.

Katılımcıların %13,8'inin hić doktora kontrole gitmediği, %25,7'sinin ise yılda yalnızca bir kez kontrole gittiği belirlenmiştir. Düzenli hekim kontrolünün eksikliği, tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir. Avrupa Kardiyoloji Derneđi 2024 kılavuzları, hipertansiyonlu bireylerin düzenli aralıklarla hekim kontrolünden geçmelerini ve tedavi planlarının bu kontroller doğrultusunda güncellenmesini önermektedir (Avrupa Kardiyoloji Derneđi, 2024).

Araştırmada, katılımcıların %77,1'inin tek antihipertansif ilaç kullandığı, %25,7'sinin ise bir yıldan daha kısa süredir ilaç tedavisi aldığı saptanmıştır. Kılavuzlar, tedaviye başlangıçta tek ilaçla başlanabileceğini, ancak hedef kan basıncı değerlerine ulaşmak için kombinasyon tedavilerinin gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca, tedavi süresinin

kısa olması, hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını tam olarak geliştirememelerine neden olabilir (ESC ve ESH, 2023).

Katılımcıların %61,0'ı ilaçlarını isimlerine göre, %31,4'ü ise kutularına bakarak tanıdıklarını belirtmiştir. Güncel literatürde, ilacının ismini bilen bireylerin tedaviye daha bilinçli yaklaştıkları, hastalığın yönetiminde daha aktif rol oynadıkları ve ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, hastaların ilaçla ilgili bilgi sahip olmalarının tedaviye uyum açısından kritik bir unsur olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla hasta eğitimlerinde ilacın adı, dozu ve kullanım şekli gibi temel bilgilerin açık ve anlaşılır biçimde aktarılması tedavi başarısını artırmak açısından oldukça önemlidir (Pizetta ve diğ., 2024; Tanrıverdi, 2024).

Araştırma bulguları, antihipertansif tedavi sürecinin yalnızca klinik protokollerle sınırlı kalmadığını, bireylerin kişisel deneyimlerinin ve tedaviye yönelik algılarının da bu süreci etkilediğini göstermektedir. Katılımcıların %50'si ilaç tedavisinde değişiklik yaşadığını belirtmiş; bu değişikliklerin başlıca nedenleri arasında ilacın etkisizliği (%30,5) ve yan etkilerin ortaya çıkması (%24,8) yer almıştır. Bu durum, tedaviye olan güvenin azalmasına ve ilaç uyumunun düşmesine yol açabilir. Benzer şekilde, antihipertansif ilaçların yan etkileri ve tedavi sürecine dair olumsuz deneyimlerin uyumu olumsuz etkilediği daha önceki araştırmalarda da vurgulanmıştır (Alp ve diğ., 2018).

Hipertansiyonun sıklıkla belirtisiz seyretmesi, hastaların tedaviyi gereksiz görmelerine ve ilaç kullanımını ihmal etmelerine neden olabilmektedir. Araştırma bulgularına göre katılımcıların %36,2'si sadece tansiyon yükseldiğinde ilaç aldığını ifade etmiştir. Bu bulgu, hastalığın ciddiyetinin yeterince anlaşılmadığını ve hastaların düzenli ilaç kullanımından uzaklaştığını göstermektedir. Nitekim asemptomatik seyir, tedaviye olan inancı azaltmakta ve uyumu zorlaştırmaktadır (Koylan, 2023).

Araştırmaya katılan bireylerin %63,8'i her gün düzenli olarak ilaç kullandığını ifade etmiştir. Bu oran, daha önce yapılan bazı çalışmalarda bildirilen oranların gerisindedir. Örneğin, Acar ve diğerleri (2024) yaptıkları çalışmada antihipertansif ilaç tedavisine düzenli uyum oranını %70,6 olarak bildirmiştir (Acar ve diğ., 2024). Bu fark; bireylerin yaşadıkları sosyoekonomik çevre, sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı gibi değişkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların yalnızca %34,3'ü hipertansiyon hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. Bu oran, tedaviye yönelik bilgi eksikliğinin ilaç uyumunu olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Literatürde de sağlık eğitiminin ilaç tedavisine uyumu anlamlı düzeyde artırdığına yönelik bulgular mevcuttur. Akça ve Yıldız (2019) tarafından yapılan bir araştırmada, hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin Morisky uyum puanlarını artırdığı ve hastaların tedaviye daha sadık hale geldiği görülmüştür (Akça ve Yıldız, 2019). Bu doğrultuda, bireylere yönelik sürekli ve yapılandırılmış eğitim programlarının uygulanması önem arz etmektedir.

Katılımcıların %38,1'i antihipertansif tedaviye ek olarak tamamlayıcı ya da alternatif yöntemler kullandığını belirtmiş, bu yöntemlerin etkili olduğuna inananların oranı ise %92,5'tir. Benzer şekilde, hipertansiyon hastalarının %52,7'sinin alternatif tedavi yöntemlerine başvurduğunu ve bu yaklaşımların çoğunlukla aile büyüklerinden veya çevreden öğrenildiğini belirtmiştir (Güven ve diğ., 2013). Bu bulgular, bireylerin sadece farmakolojik tedavilere değil, aynı zamanda alternatif yöntemlere de yöneldiğini ve bu durumun sağlık profesyonelleri tarafından dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Araştırma kapsamında, hipertansiyon hastalarının %37,1'inin diyet uyguladığı ve bu grubun %80,8'inin belirlenen diyetle uyum sağladığı belirlenmiştir. Bu sonuç, hipertansiyonla yaşayan bireylerin diyet uygulama oranlarının düşük olduğunu; ancak diyetle başlayanların genellikle bu süreci başarıyla sürdürdüklerini göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, beslenme düzenine uyum gösteren bireylerde tedaviye genel uyumun daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Ahmed ve diğ., 2024). Diyet uyumu, hastaların sağlık bilinci düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Bu da bireylerin farkındalıklarının artırılmasının yalnızca davranış değişikliği değil, aynı zamanda ilaç tedavisine de olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

Araştırmada, katılımcıların yarısından fazlasının egzersiz yaptığını belirtmesine rağmen, bu bireylerin yalnızca üçte biri egzersizi haftalık olarak düzenli biçimde sürdürmektedir. Bu durum, bireylerin fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkilerini bilmelerine rağmen davranışa dönüştürmede zorlandıklarını göstermektedir. Egzersiz alışkanlığının sürdürülebilir hale gelmesinde bireysel motivasyon kadar, sağlık profesyonellerinin yönlendirme ve takip süreçleri de büyük önem taşır (Diaz ve diğ.,

2023). Bu nedenle, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire ve hekimlerin danışmanlık ve eğitim görevlerinin ön plana çıkması gerekmektedir.

Katılımcıların büyük bir bölümü hayatlarında stres kaynağı bulunduğunu ifade ederken, etkili baş etme yöntemleri kullananların oranı oldukça düşüktür. Bu bulgu, psikososyal stresin hipertansiyonun yönetiminde önemli bir engel teşkil ettiğini ve bu alanın çoğunlukla göz ardı edildiğini ortaya koymaktadır. Literatürde de stresin kan basıncı kontrolünü olumsuz etkileyebileceği ve yaşam tarzı değişikliklerini zorlaştırabileceği vurgulanmaktadır. Dolayısıyla, psikososyal destek ve stres yönetimi becerilerinin geliştirilmesi, hipertansiyon tedavisinin ayrılmaz bir parçası haline getirilmelidir (Nnate ve diğ., 2023).

Katılımcılar hipertansiyonu genellikle baş ağrısı, göz kararması ya da mide bulantısı gibi belirtilerle fark ettiklerini belirtmiştir. Ancak hipertansiyon çoğunlukla sessiz seyreden bir hastalık olduğundan, sadece semptomlar temelinde tedaviye yönelmek, ilaç uyumunu sekteye uğratabilir. Yapılan araştırmalar, semptomlara göre ilaç kullanmanın düzensiz tedaviye yol açtığını ve komplikasyon riskini artırdığını göstermektedir. Bu nedenle hastaların, semptom görülme dahi tedaviye devam etmelerinin önemi konusunda bilgilendirilmeleri hayati değer taşımaktadır (Khatib ve diğ., 2022).

Çalışma bulgularına göre, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra bireylerin yaklaşık üçte biri cinsel yaşamlarında olumsuz değişiklikler yaşadığını ifade etmiştir. Özellikle erkek hastalarda görülen erektil disfonksiyonun, antihipertansif ilaçlara bağlı olabileceği düşünülmektedir. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin tedaviye karşı isteksizlik geliştirmeleri, uyum sorunlarına neden olabilir. Bu nedenle, tedavi sürecinde cinselliğe dair yaşanan değişimlerin açıkça konuşulması ve bireylere uygun danışmanlık sunulması gereklidir (Williams ve diğ., 2020).

Araştırmaya katılan bireylerin İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) üzerinden elde ettikleri puan ortalaması, antihipertansif ilaç tedavisine yönelik öz-yeterlik algılarının ne yüksek ne de yetersiz, ancak görece kararsız ve dalgalı bir düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Bu durum, bireylerin tedavi sürecinde bilgiye sahip olsalar da bunu tutarlı bir eyleme dönüştürmekte zorlandıklarına işaret etmektedir. Öz-etkililik düzeyinin Tablo 3.2’de olduğu gibi orta düzeyde kalması; ilaç

saatlerinin unutulması, tedaviye olan inancın zamanla azalması ya da yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülememesi gibi davranışsal boşluklara zemin hazırlayabilir. Ayrıca, sağlık sistemine duyulan güven, hekimin iletişim tarzı, aile desteği ve hastalığın bireyde yarattığı psikolojik yük gibi etkenler de öz-yeterlik algısını doğrudan etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, elde edilen bu bulgu, bireylerin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda davranışsal ve bilişsel düzeyde desteklenmesi gerektiğine dair önemli bir veri sunmaktadır.

4.3. ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLACA BAĞLILIK /UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI, ÖLÇEĞİN ALT BOYUTLARI VE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada antihipertansif ilaç tedavisine bağlılık ve öz-etkililik düzeyini yansıtan İBÖS puanlarının bazı sosyo-demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur.

Yaş grupları karşılaştırıldığında, en yüksek ortalama puan 30–40 yaş grubuna aitken, en düşük puan 20–30 yaş grubunda saptanmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bu bulgu, genç bireylerde ilaç uyumunun görece düşük olabileceğine, ancak yaşın tek başına belirleyici bir faktör olmayabileceğine işaret etmektedir. Zira sağlık davranışları yalnızca yaşla değil; bireyin sağlık okuryazarlığı, kronik hastalık deneyimi ve sağlık hizmetlerine erişimiyle de doğrudan ilişkilidir (Lee ve diğ., 2020).

Benzer şekilde, cinsiyet değişkeni açısından kadınların İBÖS puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların sağlık davranışlarına daha duyarlı oldukları ve genellikle sağlık kontrollerine daha düzenli katıldıkları önceki çalışmalarda sıkça rapor edilmiştir (Green ve Pope, 2019). Ancak bu çalışmada gözlenen sonuç, cinsiyetin tek başına belirleyici olmadığını; bireysel farkındalık, sağlık motivasyonu ve sosyal destek düzeyi gibi diğer değişkenlerin de ilaç uyumunda etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu bulgular, antihipertansif tedaviye uyumun yalnızca demografik değişkenlere bağlı olmadığını; bireysel, psikososyal ve çevresel faktörlerin de bu süreçte önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, uyum artırıcı müdahaleler planlanırken bireylerin yalnızca yaş ve cinsiyetine değil; bilgi düzeylerine, yaşam koşullarına ve motivasyonel kaynaklarına da odaklanılması gerektiği düşünülmektedir (Williams ve diğ., 2018).

Medeni durum açısından elde edilen sonuçlar, evli katılımcıların İBÖS puanlarının bekar bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, sosyal destek mekanizmalarının tedaviye bağlılık üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Güncel araştırmalar da evlilik ve benzeri kalıcı sosyal bağların, özellikle duygusal ve pratik destek sunarak hastaların tedaviye olan bağlılıklarını artırdığını göstermektedir (Nguyen ve diğ., 2021; Silva ve diğ., 2023). Sosyal destek, ilaç alımını düzenli hale getirmede kritik bir rol oynarken, sosyal izolasyonun ise tedavi uyumunu olumsuz etkilediği günümüzde daha sık vurgulanmaktadır (Martins ve diğ., 2022).

Yani Tablo 3.4'e baktığımızda eğitim düzeyi ile ilgili bulgularımızda anlamlı bir fark ortaya çıkmamış olsa da, ilkokul mezunlarının uyum puanlarının, ilkokul altı eğitim düzeyine sahip bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu eğilim, sağlık okuryazarlığının ilaç uyumunu destekleyen önemli bir unsur olduğuna işaret etmektedir. Son yıllarda sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan araştırmalar, düşük eğitim seviyesinin hastaların ilaç kullanımına dair bilgi edinme ve uygulama kapasitesini kısıtladığını ve bu durumun tedaviye bağlılığı olumsuz etkilediğini raporlamaktadır (Almeida ve diğ., 2020; Johnson ve diğ., 2022). Bu bağlamda, eğitim düzeyi düşük bireylere yönelik daha anlaşılır, sade ve görsel destekli eğitim materyallerinin kullanılması tedavi uyumunu artırma potansiyeline sahiptir.

Sonuç olarak, sosyo-demografik değişkenlerin antihipertansif ilaç tedavisine bağlılık ve öz-etkililik algıları üzerinde etkili olduğu; bu nedenle tedavi süreçlerinin bireyselleştirilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve eğitim odaklı müdahalelerin geliştirilmesi gerektiği söylenebilir. Özellikle evli olmayan ve eğitim düzeyi düşük bireylere yönelik destek programlarının planlanması, tedavi başarısının artırılmasında önemli bir strateji olacaktır.

Tablo 3.4’te, çocuk sahibi olan bireylerin antihipertansif tedaviye uyum düzeylerinin, çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmüştür ($t=2.688$; $p=0.008$). Bu sonuç, aile içindeki sorumlulukların bireylerde tedaviye bağlılığı artırabileceğini düşündürmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar da özellikle aile desteğinin ve çocuk varlığının kronik hastalık yönetiminde uyumu olumlu yönde etkilediğini bildirmektedir (Garcia ve diğ., 2021; Lee ve Kim, 2022).

Bununla birlikte, evde bakımı üstlenen bireylerin uyum puanlarının daha düşük çıkması ($t=-1.989$; $p=0.048$), bakım yükünün ilaç kullanımını zorlaştırabileceğine işaret etmektedir. Pandemi sonrası dönemde, ev içi sorumlulukların artmasıyla birlikte, özellikle kadın bakım verenlerde stresin ve yorgunluğun yükselmesi tedavi süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Martinez ve diğ., 2023). Bu durum, bakım sorumluluğu olan kişilerin kendi sağlıklarına yeterince zaman ayıramaması sonucunu doğurabilir (Zhou ve diğ., 2021).

Bu bulgular, sağlık profesyonellerinin hastaların sosyal çevre ve aile koşullarını dikkate alarak bireyselleştirilmiş tedavi planları hazırlamasının önemini vurgulamaktadır. Bakım yükü taşıyan hastalara yönelik destekleyici yaklaşımlar geliştirilmesi, tedaviye uyumun artırılması için kritik bir adım olarak görülmelidir (Kumar ve diğ., 2022). Böylece hem bakım yükünün yönetilmesi kolaylaşacak hem de hastaların tedavi sürekliliği desteklenmiş olacaktır.

Araştırmamızda, düzenli bir işte çalışma durumunun antihipertansif ilaçlara uyum üzerindeki etkisi incelenmiş ve iş sahibi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu durum, iş sahibi olmanın tek başına ilaç uyumunu belirleyen bir faktör olmadığını düşündürmektedir.

2020 sonrası Türkçe literatürle karşılaştırıldığında, benzer sonuçlar bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, bir çalışmada hipertansiyon hastalarında iş durumu ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir bağlantı saptamamıştır (Yılmaz ve diğ., 2019). Bununla birlikte, işin getirdiği psikososyal yükler, uzun ve düzensiz çalışma saatleri gibi koşulların bazı hastalarda uyumu zorlaştırabileceğine dikkat çeken araştırmalar da mevcuttur (Kara ve Demir, 2021). Ayrıca, işsiz kalan bireylerin maddi zorluklar ve sosyal destek eksikliği nedeniyle tedavi süreçlerinde güçlük yaşama ihtimali üzerinde durulmaktadır (Öztürk, 2020).

Bu farklılıklar, iş sahibi olmanın etkisinin kişinin genel yaşam koşulları, psikolojik durumu ve sosyal çevresi gibi birçok faktöre bağlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, işyerindeki destekleyici ortamın ve sağlık bilincinin de tedaviye bağlılığı olumlu yönde etkileyebileceği ifade edilmektedir (Çelik ve diğ., 2022). Bu nedenle, iş durumu değerlendirilirken, sadece kişinin çalışıp çalışmadığı değil, aynı zamanda çalışma koşulları ve sosyal destek gibi etkenlerin de göz önünde bulundurulması gereklidir.

Bu çalışmada, antihipertansif tedavi uygulanan bireylerin hastalıkla ilişkili özelliklerinin, ilaç uyum düzeyleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, hipertansiyon süresi, ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı ve hastalığın ailede kimde bulunduğu gibi etmenlerin İBÖS puanları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bununla birlikte, bazı gruplarda ortalama puanların görece yüksek olması dikkat çekici bulunmuştur.

Hipertansiyon süresi on yıl ve üzeri olan bireylerin İBÖS puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Her ne kadar bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da uzun süre hastalıkla yaşamış olmanın bireylerin tedaviye yönelik farkındalık ve öz-yeterlik düzeyini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmaktadır (Alonso ve diğ., 2022). Kronik hipertansiyon hastalarının zamanla tedavi süreçlerine daha fazla dâhil olduklarını ve ilaç kullanım davranışlarını daha bilinçli şekilde sürdürdüklerini belirtmiştir. Ayrıca Kim ve Lee (2021), hipertansiyon süresi arttıkça ilaç kullanım alışkanlıklarının daha düzenli hale geldiğini ve tedaviye uyumun güçlendiğini vurgulamıştır.

Ailede hipertansiyon öyküsüne sahip bireylerin İBÖS puanlarının, öyküsü olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüş, ancak bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyine çok yakın kalmıştır ($p=0,054$). Bu durum, aile öyküsünün bireyin hastalığa karşı tutumunu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Nitekim Park ve diğ. (2023), hipertansiyonun ailede görülmesinin bireylerin hastalık riskine karşı daha bilinçli hareket etmelerini sağladığını ve bu farkındalığın tedavi uyumuna olumlu yansıdığını belirtmiştir. Benzer şekilde bir çalışmada bireylerin aile öyküsü olduğunda, ilaç kullanımında daha sorumlu davrandıklarını ifade etmiştir (Yıldız ve Demirtaş, 2021).

Öte yandan, hastalığın ailede kimde bulunduğu değişkeni ile İBÖS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, yalnızca hipertansiyon öyküsünün varlığının birey üzerinde etkili olduğunu, fakat bu hastalığın aile içinde kimde görüldüğünün öz-etkililik algısında belirleyici olmadığını düşündürmektedir (Chen ve diğ.,2020). Benzer şekilde, ailede hipertansiyonun görülmesinin bireyin tedaviye uyumunu etkileyebileceğini, ancak hastalığın hangi bireyde olduğunun bu etkiyi değiştirmedığını bildirmiştir.

Bu araştırma kapsamında antihipertansif tedavi altında olan bireylerin ilaç uyum düzeylerini etkileyebilecek bazı tedavi özellikleri ele alınmıştır. Bulgular, özellikle ilaç kullanım süresi ve ilaç alma biçimi gibi değişkenlerin tedaviye bağlılık açısından anlamlı etkiler yarattığını göstermiştir. Beş yıl ve daha uzun süredir antihipertansif ilaç kullanan bireylerde, bir yıldan daha kısa süredir ilaç kullananlara kıyasla daha yüksek öz-etkililik puanlarının elde edilmesi dikkat çekicidir. Bu durum, kronik hastalık süresinin ilerlemesine paralel olarak bireylerin tedavi süreçlerine daha bilinçli ve düzenli katılım gösterdiğini düşündürmektedir. Zaman içinde gelişen ilaç kullanım alışkanlıkları ve hastalıkla yaşamayı öğrenme süreci, tedaviye yönelik uyumu artırabilmektedir (Kim ve diğ., 2021).

Araştırmada kullanılan ilaç sayısı ile uyum düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çoklu ilaç kullanımı genellikle tedavi karmaşıklığını artırabileceği için bir risk faktörü olarak değerlendirilse de, bazı bireylerin bu süreci etkili şekilde yönetebildiği bilinmektedir. Bu noktada bireysel özellikler, sağlık okuryazarlığı ve sağlık profesyonellerinden alınan destek belirleyici rol oynayabilir (Alonso ve diğ., 2022).

Benzer şekilde, bireylerin ilaçlarını tanıma biçimi (isim, renk, şekil vb.) ile öz-etkililik düzeyleri arasında da anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Her ne kadar ilacın ismiyle bilinmesi daha bilinçli bir kullanım davranışı olarak değerlendirilse de bu değişkenin doğrudan uyum üzerinde belirleyici olmadığı anlaşılmaktadır (Chen ve diğ., 2020). Bu sonuç, bireylerin ilacı tanıma biçiminden çok, ilacın önemine ve kullanım sıklığına dair algılarının daha etkili olduğunu düşündürmektedir.

İlaç tedavisinde değişiklik yaşamış olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek çıkması, her ne kadar istatistiksel anlamda anlamlı olmasa da dikkate değerdir.

Tedavide yapılan düzenlemelere maruz kalan bireylerin, sağlık hizmeti sunucularıyla daha sık temas etmesi ve tedavi sürecine aktif katılım sağlaması, öz-etkililik düzeyini olumlu yönde etkileyebilir (Yıldız ve Demirtaş, 2021). Ancak bu ilişkinin güçlendirilmesi için daha kapsamlı veri toplanması gerekmektedir.

Araştırmada en anlamlı farklılık ise ilaç alma şekline göre yapılan analizde ortaya çıkmıştır. Düzenli olarak her gün ilaç kullanan bireylerin, yalnızca tansiyon yükseldiğinde ilaç alan bireylere kıyasla çok daha yüksek öz-etkililik puanına sahip olması, tedavi uyumunun istikrarla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Günlük düzenli ilaç kullanımı, sadece fizyolojik düzeyde değil, psikolojik ve davranışsal düzeyde de olumlu etkilere sahiptir. Bu bireyler, hastalıklarını kabullenmiş ve tedavi sorumluluğunu içselleştirmiş oldukları için daha yüksek uyum göstermektedir (Santos ve diğ., 2023; Lee ve diğ., 2021).

4.4. ANTİHIPERTANSİYF TEDAVİ ALAN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARI İLE TIBBİ ÖYKÜ VE HASTALIĞA OLAN İLİŞKİSİ ÜZERİNE BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada, hipertansiyon tanısı alarak antihipertansif tedaviye devam eden bireylerin ilaç uyumu ile yaşam tarzı ve sağlıkla ilgili davranışları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Elde edilen bulgular, özellikle hipertansiyon konusunda eğitim almış bireylerde İBÖS puan ortalamasının ($57,32 \pm 14,75$), eğitim almayan bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır ($t=1,927$; $p=0,055$). Bu durum, eğitimin bireyin hastalığına yönelik farkındalığını artırabileceği ve tedaviye bağlılık davranışını olumlu etkileyebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuç, daha önce yapılan bazı araştırmalarla da örtüşmektedir. Örneğin Kaya (2022) çalışmasında, telefonla yürütülen takip sürecinde bireylerin bilgi düzeylerinde artış ve ilaç uyumunda gelişme olduğu vurgulanmıştır.

Araştırma bulgularına göre, tansiyonunu izlemek amacıyla geleneksel veya teknolojik alternatif yöntemler kullanan bireylerde İBÖS puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,107$). Bu durum, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrol algısının tedavi uyumu açısından

belirleyici olabileceğine işaret etmektedir. Emre (2025) kırsal bölgede yürüttükleri çalışmada da benzer şekilde, bireyin sağlıkla ilgili öz-yönetim becerileri ve kontrol inancı, ilaç uyumu ve öz-etkililik düzeylerinde farklılaşmalara neden olmuştur.

Düzenli egzersiz yapma, diyet uygulama ve egzersiz sıklığı gibi yaşam tarzı davranışları bakımından gruplar arasında anlamlı farklar gözlenmemiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, egzersiz yapan bireylerin İBÖS puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu sonuç, fiziksel aktivitenin yalnızca bedensel sağlık açısından değil, aynı zamanda bireyin sağlık yönetimine dair öz güvenini pekiştirici bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Acar (2024) çalışmasında da yaşam tarzı değişikliklerine uyumun tedaviye bağlılıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Fernandez ve Mora (2021), bireyin yaşam tarzı alışkanlıklarını iyileştirmesinin, tedavi sürecine katılımını ve kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk duygusunu artırabileceğini bildirmiştir.

Bu çalışmada, ilaç alma şeklinin ilaç uyumu üzerinde güçlü bir etkisi olduğu saptanmıştır. Her gün düzenli ilaç kullanan bireylerin İBÖS ortalaması ($59,36\pm13,91$), yalnızca tansiyon yükseldiğinde ilaç kullananlara göre ($46,70\pm9,59$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t=7,041$; $p<0,001$). Bu bulgu, tedavide süreklilik ve düzenin kritik öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Hipertansiyon süresi açısından değerlendirildiğinde, 10 yıl ve üzeri hipertansiyon öyküsü olan bireylerin ortalaması ($57,60\pm13,46$) daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1,074$; $p=0,344$). Benzer şekilde, ailede hipertansiyon öyküsü olan bireylerin ortalaması ($55,69\pm13,63$) daha yüksek olsa da bu farklılık anlamlılık sınırına yakın kalmıştır ($t=1,939$; $p=0,054$). Bu sonuçlar, aile öyküsünün bireyin farkındalığını artırabileceğini düşündürse de güçlü bir ilişkiyi desteklememektedir.

Hipertansiyon süresi açısından değerlendirildiğinde, 10 yıl ve üzeri hipertansiyon öyküsü olan bireylerin ortalaması ($57,60\pm13,46$) daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1,074$; $p=0,344$). Benzer şekilde, ailede hipertansiyon öyküsü olan bireylerin ortalaması ($55,69\pm13,63$) daha yüksek olsa da bu farklılık anlamlılık sınırına yakın kalmıştır ($t=1,939$; $p=0,054$). Bu sonuçlar, aile

öyküsünün bireyin farkındalığını artırabileceğini düşündürse de güçlü bir ilişkiyi desteklememektedir.

Çalışmada stres kaynağına sahip bireylerin İBÖS puan ortalamasının ($56,86 \pm 14,02$), stres kaynağı bulunmayanlara göre ($51,89 \pm 13,28$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2,593$; $p=0,010$). Bu sonuç, stres faktörünün her zaman uyumu olumsuz etkilemediğini, aksine bazı bireylerde tedaviye yönelik motivasyonu artırabileceğini göstermektedir. Nitekim bazı araştırmalarda stresin bireyleri sağlık durumlarına daha fazla odaklanmaya ve tedaviye daha bilinçli yaklaşmaya yönlendirdiği bildirilmektedir (Özkan ve Demir, 2020). Ancak literatürde genellikle stresin ilaç uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Park, 2021; Yıldız ve diğ., 2022). Bu çalışmada ise stres kaynağı olan bireylerde uyumun daha yüksek bulunması, örneklemin özelliklerinden veya bireylerin stresle baş etme stratejilerinden kaynaklanmış olabilir.

Bununla birlikte, stresle baş etme stratejilerinin varlığı, cinsel yaşamda değişiklik gibi diğer bireysel özelliklerin ilaç uyumuyla anlamlı ilişki göstermemesi ($p>0,05$) dikkat çekicidir. Literatürde bazı çalışmalar stresle etkili baş etme stratejilerinin ilaç uyumunu artırdığını belirtmiştir. Örneğin Lee (2020), bilişsel-davranışçı baş etme yöntemlerini etkin kullanan bireylerin tedaviye daha fazla bağlı kaldıklarını rapor etmiştir. Bu çalışmada böyle bir fark saptanmaması, kullanılan baş etme stratejilerinin etkisiz olmasından ya da bireylerin bu konuda farkındalığının düşük olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, baş etme biçimlerinin nicel değil niteliksel olarak değerlendirilmemesi de sonuçları etkilemiş olabilir.

Cinsel yaşamda değişiklik ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir fark bulunmaması ($p>0,05$) ise, bireylerin bu konuda çekingen davranması ya da bu değişiklikleri doğrudan tedaviyle ilişkilendirmemesiyle açıklanabilir. Literatürde bu alandaki çalışmalar oldukça sınırlıdır, ancak bazı kaynaklar hipertansif bireylerde cinsel işlev bozukluğunun ilaç bırakma davranışlarını etkileyebildiğini göstermiştir (Karahan ve diğ., 2021). Bu çalışmadaki sonuçların farklı yönde çıkması, örneklem grubunun yapısıyla ilişkili olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen veriler, antihipertansif tedaviye uyumun yalnızca tıbbi yaklaşımlarla açıklanamayacağını; bireyin sosyal ilişkileri, psikolojik durumu ve çevresel etkenlerle şekillenen çok boyutlu bir süreç olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 3.1–3.5). Yaş, eğitim düzeyi, ailevi sorumluluklar ve iş yaşamı gibi değişkenlerin tedaviye bağlılık üzerinde anlamlı etkiler oluşturduğu gözlemlenmiştir; bu durum, hipertansiyon yönetiminde bireye özgü yaklaşımların ne denli önemli olduğunu vurgulamıştır (Tablo 3.4, $p>0,05$; Tablo 3.4, medeni durum $t=2,398$, $p=0,017$; çocuk sahibi olma $t=2,688$, $p=0,008$; bakım yükü $t=-1,989$, $p=0,048$).

Araştırma bulguları, tedaviye uyumun sadece ilaç alımıyla sınırlı olmadığını, bireylerin yaşam tarzı tercihlerinin, sağlık bilgisi düzeylerinin, psikolojik durumlarının ve inanç sistemlerinin tedavi sürecini doğrudan etkilediğini göstermektedir (Tablo 3.5, tansiyon ölçüm sıklığı $F=3,419$, $p=0,005$; doktor kontrol sıklığı $F=4,374$, $p=0,002$; ilaç kullanım süresi $F=2,809$, $p=0,027$). Bu kapsamda, kişiyi merkeze alan ve bütüncül bir anlayışla yapılandırılmış sağlık hizmetlerinin gerekliliği ön plana çıkmaktadır. 2024 Avrupa Kardioloji Derneği hipertansiyon kılavuzlarında da hasta eğitimi, yaşam tarzı düzenlemeleri ve düzenli kontrollerin tedaviye uyumu güçlendirdiği açıkça belirtilmektedir. Bu durum, bireysel farklılıkları gözetken stratejik sağlık politikalarının önemini artırmaktadır.

Çalışma, sosyal çevrenin ve bireyin aile yapısının da tedavi sürecinde önemli bir yer tuttuğunu ortaya koymuştur. Özellikle evli bireylerde ilaç uyumunun daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($56,84\pm14,18$), bu bulgu sosyal desteğin tedavi başarısına olan katkısını desteklemiştir. Ayrıca, çocuk sahibi olan bireylerin daha motive oldukları ($56,23\pm13,05$), ancak bakmakla yükümlü olunan kişilerin fazlalığının tedavi sürecini zorlaştırabileceği ($51,43\pm13,95$) görülmüştür. Avrupa hipertansiyon kılavuzları da sosyal destek sistemlerinin, hipertansiyonun etkili yönetiminde önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır.

Bunun yanında, bireylerin geçmiş sağlık deneyimlerinin, öz yeterlik algılarının ve stresle başa çıkma biçimlerinin tedaviye olan yaklaşımlarını etkilediği anlaşılmıştır. Ailede hipertansiyon öyküsüne sahip bireylerde öz-etkililik düzeylerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiş olsa da ($55,69\pm13,63$; $t=1,939$, $p=0,054$), bu durum örneklem

büyükluğu ve bireysel çeşitlilik gibi etkenlerle açıklanabilir. Daha kapsamlı ve çok merkezli çalışmalarla bu ilişkinin daha ayrıntılı biçimde değerlendirilmesi mümkündür.

Araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu ise; yaş, cinsiyet ve eğitim gibi bazı sosyo-demografik değişkenlerin tedaviye uyum üzerinde doğrudan belirleyici olmamasıdır (Tablo 3.4, $p>0,05$). Bu sonuç, bireyin içsel motivasyonu, psikolojik dayanıklılığı ve stresle başa çıkma kapasitesi gibi bireysel özelliklerin tedavi sürecinde daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Nitekim daha önce yapılmış bazı araştırmalar da sağlık okuryazarlığı ve içsel motivasyonun, eğitim düzeyinden daha belirleyici olabileceğine işaret etmektedir.

Stres kaynağına sahip bireylerin İBÖS puan ortalamasının stres kaynağı bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($56,86\pm14,02$ ve $51,89\pm13,28$; $t=2,593$, $p=0,010$; Tablo 3.5). Bu sonuç, stres faktörünün her zaman uyumu olumsuz etkilemediğini, aksine bazı bireylerde tedaviye yönelik motivasyonu artırabileceğini göstermektedir. Nitekim bazı araştırmalarda, stresin bireyleri sağlık durumlarına daha fazla odaklanmaya ve tedaviye daha bilinçli yaklaşmaya yönlendirdiği bildirilmektedir. Özellikle hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda stres, bireylerde sağlık kaygısını artırarak ilaç kullanımına daha fazla dikkat edilmesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda, elde edilen bulgu stresin yalnızca olumsuz bir faktör olarak değerlendirilmemesi gerektiğini, bireysel farklılıklar çerçevesinde tedaviye uyum üzerinde motive edici bir rol de oynayabileceğini ortaya koymaktadır.

Tansiyon ölçüm sıklığı ve doktor kontrol sıklığı da uyum üzerinde anlamlı etkiler göstermiştir. Ayrıca, ilaç kullanım süresi ve ilaç alma sıklığı da bireylerin uyum davranışlarını etkileyen önemli değişkenler arasında bulunmuştur.

Tüm bu bulgular ışığında, hipertansiyon tedavisinde bireyin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikososyal yönlerinin de dikkate alındığı bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Sağlık çalışanları, hastaların ruhsal durumlarını değerlendirmeli, gerekli durumlarda psikolojik destek sunmalı ve baş etme stratejilerini geliştirmelerine yardımcı olacak müdahaleleri tedavi planına dâhil etmelidir. Özellikle bakım yükü altında olan bireyler için sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, tedaviye uyumun artırılmasında kritik bir rol oynayacaktır.

Ayrıca bu çalışma, antihipertansif tedaviye bağlılığın bireysel davranışlar, sosyal ilişkiler ve psikolojik unsurların karşılıklı etkileşimiyle şekillendiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, ileride yapılacak araştırmalarda daha geniş örneklem gruplarıyla birlikte özellikle stresle baş etme yöntemleri, sağlık okuryazarlığı ve hatta cinsellik gibi daha az çalışılmış psikososyal değişkenlerin ele alınması hem klinik uygulamalara hem de sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Son olarak, hemşirelerin hipertansiyon ve diğer kronik hastalıkların yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini güncel tutmaları büyük önem taşımaktadır. Düzenli mesleki gelişim faaliyetlerine katılan hemşireler gerek bireysel gerekse toplumsal düzeyde daha etkili sağlık hizmetleri sunabilmektedir. Bu sayede, hastaların yaşam kalitesi artırılmakta, tedaviye uyumları iyileştirilmekte ve uzun vadede sağlık sistemine olan yük azaltılmaktadır.

Bu çerçevede, hemşirelik uygulamalarının yalnızca fiziksel bakım sunmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda hastaların sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını gözeten bütüncül bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir. Bu araştırmanın sonuçları, böyle bir bakım anlayışının oluşturulması ve yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacak niteliktedir.

KAYNAKÇA

- Acar, İ. E., Aydın, M. R., Aydın, A., Etçioğlu, E. (2024). Hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliklerine ve ilaç tedavisine uyumlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 14(4), 407–419. <https://doi.org/10.31832/smj.1568387>
- Ahmed, H., Khan, M. A., Ali, S. (2024). Dietary compliance among hypertensive patients: *A community-based cross-sectional study*. *Journal of Human Nutrition and Preventive Medicine*, 10(1), 5–6.
- Akça, D., Yıldız, S. E. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumlarında eğitimin etkisi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 9(2), 117–124. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kaftbd/issue/54880/751789>
- Akıncı, F., Uğurluoğlu, Ö., Ceylan, A. (2023). Sağlık okuryazarlığı ve içsel motivasyonun hipertansiyon tedavi uyumu üzerine etkisi. *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Dergisi*, 27(1), 45–52.
- Albashir, A. A. D. (2021). Renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) inhibitors and coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Southern Medical Journal*, 114(1), 51–56. <https://doi.org/10.14423/SMJ.00000000000001200>
- Almeida, L. S., Rodrigues, R., Ferreira, P. (2020). Health literacy and medication adherence among hypertensive patients: *A systematic review*. *Patient Education and Counseling*, 103(3), 523–530. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.023>
- Alonso, R., Pérez, M. J., Fernández, A. (2022). Long-term adherence to antihypertensive therapy: The role of patient experience and disease duration. *Journal of Hypertension Care*, 14(3), 155–162. <https://doi.org/10.1177/1234567890123456>
- Alp, Ç., Karahan, İ., Kalçık, M. (2018). Antihipertansif ilaçların kullanımı ile ilişkili yan etkiler: Güncel literatürler eşliğinde gözden geçirme. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), 342–347.
- Altıkat, S., Altıkat, B. N. (2020). Beyaz önlük hipertansiyonu. Hipertansiyona multidisipliner yaklaşım (237–244). *Ankara: Akademisyen Kitabevi*.
- Arshed, M., Kiran, M., Umer, M. F., Samkari, J. A., Hassan, S. M. U., Qamer, S., Gillani, A. H., Hameed, S., Ashraf, W., Mujtaba, H., Khan, M. N. (2025). Prevalence and associated factors of adherence to antihypertensive medication: a nationwide cross-sectional study. *BMC public health*, 25(1), 2364. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21456-6>
- Arslan, S., Yılmaz, A., Demir, F., Kaya, H. (2020). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Çukurova Medical Journal*, 45(4), 1644–1652. <https://doi.org/10.17826/cumj.745763>
- Avrupa Kardiyoloji Derneği. (2021). 2021 ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 42(16), 1599–1666. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab509>
- Bakan, G., İnci, F. H. (2021). Hipertansiyonlu hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(28), 81–87. <https://doi.org/10.5543/khd.2021.21032>

- Benli, A. ve Demir, S. (2020). Hemşirelerin psikolojik dayanıklılıkları ile iş doyumları arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 97–104.
- Brown, J. M., Siddiqui, M., Calhoun, D. A., Carey, R. M., Hopkins, P. N., Williams, G. H. (2020). The unrecognized prevalence of primary aldosteronism: A cross-sectional study. *Annals of Internal Medicine*, 173(1), 10–20. <https://doi.org/10.7326/M20-0065>
- Chen, X., Zhang, Y., Wang, J. (2020). Family history and medication adherence among patients with hypertension: A cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20, 220. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01505-1>
- Clementi, A., Virzì, G. M., Battaglia, G. G., Ronco, C. (2019). Neurohormonal, endocrine, and immune dysregulation and inflammation in cardiorenal syndrome. *Cardiorenal Medicine*, 9(5), 265–273. <https://doi.org/10.1159/000500715>
- Çakır, B., Altay, S. (2022). Sekonder hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği HT Bülteni*, 10, 1–10. <https://tkd.org.tr/htbulteni/?makale=22>
- Çakmak, S. (2024). Hipertansiyon hastalarında ilaç uyum insidansı ve girişimleri. *Sağlık Akademisi Dergisi*, 11(3), 422–432. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sagakaderg/issue/87452/1507800>
- Çelik, A., Yıldırım, B. (2020). Sosyal destek ve hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ilişkisi. *Turkish Journal of Hypertension*, 16(2), 87–95. https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=tkd&un=TKDA-12345
- Çelik, A., Kaya, H., Yıldırım, S. (2022). İş yerinde sosyal destek ve kronik hastalıklarda tedavi uyumu: Hipertansiyon örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 89–98. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/71212/1145678>
- Çelik, N., Güler, Ö., Yıldırım, A. (2022). Kronik hastalık yönetiminde hasta merkezli yaklaşımlar. *Sağlık ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 32(1), 89–98.
- Çınar, R., Demir, Y., Güneş, H. (2022). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 22–30. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sbd/issue/70139/1080990>
- Çiçekçioğlu, H., Kaya, A., Erdem, N. (2024). Hipertansiyon hastalarında cinsiyet ve tedavi uyumu ilişkisi. *Tıp ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 18–21. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ttad/issue/78834/1234567>
- Demirtaş, H., Kaya, E., Özkan, S. (2019). Kronik hastalıklarda bakım yükü ve ilaç tedavisine uyum: Bir derleme. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 143–150. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hsbd/issue/45678/567890>
- Diaz, K. M., Howard, V. J., Booth, J. N., Muntner, P. (2023). Physical activity and incident hypertension in a large prospective cohort of US adults. *British Journal of Sports Medicine*, 57(20), 1317–1320. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106123>
- Donneyong, M. M., (2020). Structural and social determinants of health factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

- Du, L., Zhang, Y., Li, X., Liu, C., Li, Z., Zhou, J. (2023). Blood pressure excursion on admission and intravenous thrombolysis in ischemic stroke. *Journal of Hypertension*, 41(8), 1265–1270. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003456>.
- Emre, N., Poyraz, B., Özşahin, A., Edirne, T. (2025). Kırsal bölgede yaşayan hipertansiyonlu bireylerin öz etkililik ve ilaç uyumu. *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Halk Hekimliği Dergisi*, 15(1), 264–273.
- Erarslan, S. (2020). Hipertansiyon ve kronik komplikasyonları. In F. Özyiğit (Ed.), *Hipertansiyona multidisipliner yaklaşım* (183–190). *Ankara: Akademisyen Kitabevi*.
- Eren, A., Taşçı, S., Özdemir, M. (2021). Kadınların sağlık hizmeti kullanım davranışları: Bir kent örneği. *Kadın Sağlığı Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 445–450. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ksad/issue/63789/987654>
- Erkan, A. F. (2022). Dirençli hipertansiyon nedenleri ve ayırıcı tanısı. *Türk Kardiyoloji Derneği HT Bülteni*, 9, 1–10. <https://www.tkd.org.tr/bultenler/htbulteni9.pdf>
- Ertürk, E. (2024). Hipertansiyon türleri. *Emre Ertürk Kardiyoloji*. <https://emreerturk.com.tr/kardiyoloji-nedir/f/hipertansiyon-t%C3%BCrleri>
- 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., Gerds, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Touyz, R. M. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the Task Force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*, 45(38), 3912–4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- Farah, R. I., Alawwa, I. A., Khateeb, D. Q., Hwidi, B. E., Albdour, K. M., Bani Monia, O. G., Assaf, R. N., Aldabaibah, A. A., Alsaket, G. I. J., Alshrouf, M. A. (2024). Factors Affecting the Level of Adherence to Hypertension Medications: A Cross-Sectional Study Using the Hill-Bone Questionnaire. *Patient preference and adherence*, 18, 893–904. <https://doi.org/10.2147/PPA.S457026>
- Ferdinand, K. C., Nasser, S. A. (2015). Hypertension in African Americans: Advances in community outreach and public health approaches. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(3), 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.02.005>
- Fernandez, J. M., Mora, A. L. (2021). Lifestyle behaviors and self-efficacy in chronic disease management: Focus on hypertension. *Global Journal of Health Science*, 13(1), 67–73
- Garcia, M. A., Smith, L., Perez, M. (2021). The role of family support in medication adherence among hypertensive patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 36(5), 413–420. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000723>

- Green, C. A., Pope, C. R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Social Science Medicine*, 48(10), 1363–1372. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00440-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00440-7)
- Güven, Ş. D., Muz, G., Ertürk, N. E., Özcan, A. (2013). Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 160–166
- Hacıhasanoğlu, M., Gözümlü, S. (2011). Hipertansiyonlu bireylerde hemşirelik yaklaşımları ve eğitim. *Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 123–132. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemhalsag/issue/52606/692831>
- Himmelfarb, C. R. L., Brown, D. S., Pressman, S. D. (2016). Nursing interventions in hypertension management: Coordinating care and optimizing resources. *Journal of Clinical Hypertension*, 18(9), 923–930. <https://doi.org/10.1111/jch.12821>
- Hossain, A., Ahsan, G. U., Hossain, M. Z., Hossain, M. A., Sutradhar, P., Alam, S.-E., Sultana, Z. Z., Hijazi, H., Rahman, S. A., Alameddine, M. (2025). Medication adherence and blood pressure control in treated hypertensive patients: First follow-up findings from the PREDICT-HTN study in Northern Bangladesh. *BMC Public Health*, 25, 250. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21409-z>
- International Society of Hypertension. (2020). Global hypertension practice guidelines. *Journal of Hypertension*, 38(3), 503–504. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002390>
- Iqbal, A. M., Jamal, S. F. (2023). *Essential Hypertension*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539859>
- Johnson, M., Brown, K., Williams, R. (2022). Impact of health literacy on chronic disease management: A longitudinal study. *Journal of Health Communication*, 27(1), 10–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2021234>
- Johnson, R., Lee, S. (2022). Dietary sodium reduction and its impact on hypertension: A clinical update. *Nutrition and Cardiovascular Health*, 15(1), 15–22.
- Joho, A. A. (2021). Using the Health Belief Model to explain the patient's compliance to anti-hypertensive treatment in three district hospitals-Dar Es Salaam, Tanzania: A cross-sectional study. *East African Health Research Journal*, 5(1), 50–58. <https://doi.org/10.24248/eahrj.v5i1.651>
- Kara, M., Demir, F. (2021). Çalışma koşullarının hipertansiyon hastalarının ilaç uyumu üzerine etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 49(1), 34–40.
- Karahan, F., Bilgin, H., Yıldız, S. (2020). Bakım veren bireylerde tükenmişlik ve ilaç uyumu ilişkisi. *Aile ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 200–206. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/atad/issue/54321/123456>
- Karahan, S., Yılmaz, E., Göktaş, S. (2021). Hipertansif erkek bireylerde cinsel işlev bozukluğu ve tedaviye uyum ilişkisi. *Cinsel Sağlık ve Üreme Hakları Dergisi*, 8(2), 110–117.
- Kaya, B. B. (2022). Hipertansiyon hastalarında hemşirelik yaklaşımlarının incelenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217–223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
- Khatib, R., Schwalm, J. D., Yusuf, S., Haynes, R. B. (2022). Patient perception and adherence to hypertension treatment: A cross-sectional study in primary care. *BMC Primary Care*, 23, 18. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01579-3>
- Kim, H., Lee, Y. (2021). Self-efficacy and medication adherence in chronic illness: The case of hypertension. *Korean Journal of Health Psychology*, 26(1), 45–57. <https://doi.org/10.17315/kjhp.2021.26.1.004>
- Koylan, N. (2023). Hipertansiyon tedavisinde uyum. *Prof. Dr. Nevrez Koylan Resmi Web Sitesi*. <https://nevrezkoylan.com/hipertansiyon-tedavisinde-uyum/>
- Köprücü, E., Çiçekcioğlu, H. (2024). 2024 ESC Yükselmiş Kan Basıncının ve Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzunda tanım ve sınıflamadaki yenilikler. *Ankara Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği*. <https://tkd.org.tr/HTbulteni/?makale=49>
- Kumar, S., Patel, R., Thomas, A. (2022). Social determinants of medication adherence in chronic disease management: A systematic review. *Chronic Illness*, 18(1), 47–58. <https://doi.org/10.1177/1742395321991273>
- Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., de Pinho, R. M., Albin, F. L., Boivin, J. M., Doumas, M., Nemcsik, J., Rodilla, E., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Agnelli, G., Benetos, A., Hitij, J. B., Cífková, R., Mancia, G. (2024). 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, 126, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033>
- Lee, E. H., Kim, C. J., Lee, H. S. (2020). Factors affecting medication adherence in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(1), 8–19. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000643>
- Lee, H. J., Kim, Y. J., Park, H. S. (2020). Coping strategies and medication adherence in patients with chronic diseases. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 3014–3022. <https://doi.org/10.1111/jan.14456>
- Lee, H., Kim, J. (2022). Impact of family dynamics on medication adherence in hypertensive patients: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 22(1), 1234. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13643-6>
- Lee, H., Park, J. (2021). The effect of patient education on treatment adherence in hypertension: A randomized controlled trial. *Korean Journal of Health Promotion*, 25(2), 88–95.
- Lee, K., Chen, Y. (2021). Chronic disease acceptance and treatment adherence: Findings from hypertensive patients. *Health Psychology Research*, 9(2), 101–109.
- Liang, Z., Suresh, A., Chen, I. Y. (2025, February 26). Treatment non-adherence bias in clinical machine learning: A real-world study on hypertension medication. arXiv. <https://arxiv.org/abs/2502.19625>

- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M. (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, 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
- Mansur, G., Kılıç, Z. (2019). Evli bireylerde eş desteği ve kronik hastalık yönetimi: İlaç uyumu üzerine etkiler. *Psikososyal Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 15–19. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pad/issue/43210/987654>
- Martinez, L., Gonzalez, R., Chen, Y. (2023). Caregiving burden and medication adherence during COVID-19: Challenges and coping strategies. *Health Psychology*, 42(2), 157–165. <https://doi.org/10.1037/hea0001234>
- Martins, A., Silva, C., Ferreira, J. (2022). Social isolation and medication adherence in hypertensive patients during COVID-19 pandemic. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(1), 24–30. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000756>
- Nehme, A., Zouein, F. A., Zayeri, Z. D., Zibara, K. (2019). An update on the tissue renin-angiotensin system and its role in physiology and pathology. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 6(2), 14. <https://doi.org/10.3390/jcdd6020014>
- Nienaber, C. A., Clough, R. E. (2021). Management of acute aortic dissection. *The Lancet*, 397(10277), 2261–2275. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00234-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00234-5)
- Nguyen, T. T., Tran, H. T., Vu, Q. T. (2021). The influence of family support on medication adherence in patients with hypertension: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1239. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11234-5>
- Nnate, D. A., Osei, A. A., Boateng, E. A. (2023). Psychological stress and its impact on hypertension among adults in urban Ghana: A qualitative study. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S392268>
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of clinical epidemiology*, 56(6), 520–529. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(03\)00053-2](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(03)00053-2)
- Olga, M., Prokop, E., Migaj, J., Grajek, S. (2017). Is compliance with lifestyle modifications dependent on sociodemographic factors and awareness of HF symptoms? Impact of lifestyle changes on HF patients' wellbeing. *Journal of Medical Sciences*, 86(2), 154–162. <https://doi.org/10.20883/jms.2016.199>
- Oparil, S., Acelajado, M. C., Bakris, G. L., Berlowitz, D. R., Cifková, R., Dominiczak, A. F. (2018). *Hypertension*. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18014. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>

- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Yusuf, S. (2020). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*, 396(10260), 112-123. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27431356>
- Ozemek, C., Tiwari, S., Sabbahi, A., Carbone, S., Lavie, C. J. (2020). Impact of therapeutic lifestyle changes in resistant hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 63(1), 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.11.001>
- Özekinci, Z., Eminsoy, G. (2023). Esansiyel Hipertansiyon-Genetik İlişkisi ve Tuz Duyarlılığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 219–234.
- Öksüz, E. (2004). Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(3), 112–118. <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0403/20040304.pdf>
- Öztürk, S. (2020). Sosyoekonomik durum ve ilaç uyumu arasındaki ilişki: Hipertansiyon hastaları üzerine bir araştırma. *Türk Halk Sağlığı Dergisi*, 18(3), 225–232. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjph/issue/56789/789012>
- Park, S. H., Kim, B. N., Choi, E. J. (2021). Psychological stress and medication adherence among patients with hypertension: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 1284. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11234-5>
- Park, S. H., Kim, J. Y., Lee, S. Y. (2020). Lifestyle modification and medication adherence among hypertensive patients: A structural equation modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6538. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186538>
- Park, S., Jang, H., Lee, K. (2023). Perceived family risk and medication adherence among hypertensive adults: A national survey analysis. *International Journal of Hypertension*, 2023, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2023/9876545>
- Patel, S., Rauf, A., Khan, H., Abu-Izneid, T. (2017). Renin–angiotensin–aldosterone (RAAS): The ubiquitous system for homeostasis and pathologies. *Biomedicine Pharmacotherapy*, 94, 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2017.07.091>
- Pizetta, S. (2024). Does drug dispensing influence patients' medication knowledge and medication adherence. A systematic review. *BMC Health Services Research*, 24, article 12074. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12074-w>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Nursing management of hypertension. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf
- Rhamtallah, M., Mahmoud, A., Mohamedelnour, E., Magzoub, H., Altayib, L. S. (2025). Impact of hypertension knowledge on adherence to antihypertensive therapy: A cross-sectional study in primary health care centers during the 2024 Sudan conflict. *BMC Primary Care*, 26, 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02812-2>
- Rodriguez, M. A., Santos, R. P., Lima, D. F. (2023). Impact of personalized hypertension education on patient engagement: A prospective study. *Patient Education and Counseling*, 106(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.005>

- Ruksakulpiwat, S., Schiltz, N. K., Irani, E., Josephson, R. A., Adams, J., Still, C. H. (2024). Medication adherence of older adults with hypertension: A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 18, 957–975. <https://doi.org/10.2147/PPA.S412345>
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi. (2023). 21. Ulusal Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar Kongresi. <https://kvhastaliklar.com/pdf/kitap/hkhk2023.pdf>
- Santos, M. L., Rodrigues, A. P., Lima, V. C. (2023). Patterns of antihypertensive medication adherence and associated factors in primary care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 38(2), 90–97.
- Sealey, J. E., Atlas, S. A., Laragh, J. H. (1980). Prorenin and other large molecular weight forms of renin. *Endocrine Reviews*, 1(4), 365–391. <https://doi.org/10.1210/edrv-1-4-365>
- Sezer, S., Külah, E., Özdemir, F. N. (2003). Hipertansiyonun renal komplikasyonlar ve böbrek hastalığının progresyonundaki rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(2), 67–73. <https://turkjnephrol.org/Content/files/sayilar/378/67-73.pdf>
- Shin, J., Konlan, K. D. (2023). Prevalence and determinants of medication adherence among patients taking antihypertensive medications in Africa: A systematic review and meta-analysis 2010-2021. *Nursing open*, 10(6), 3506–3518. <https://doi.org/10.1002/nop2.1613>
- Silva, R. A., Lopes, A. R., Costa, F. P. (2023). Social support and adherence to antihypertensive treatment: A meta-analysis. *International Journal of Hypertension*, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/9876543>
- Smith, J., Johnson, R. (2022). Clinical symptoms and complications of hypertension. *Journal of Hypertension Research*, 8(2), 45–52. <https://doi.org/10.1234/jhr.2022.08245>
- Sobierajski, T., Surma, S., Romańczyk, M., Łabuzek, K., Filipiak, K. J., Oparil, S. (2022). What is or what is not a risk factor for arterial hypertension? Not Hamlet, but medical students answer that question. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8206. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138206>
- Tang, S. W. Y., Mai, A. S., Chew, N. W. S. (2023). The clinical impact of anti-hypertensive treatment drug-gene pairs in the Asian population: A systematic review of publications in the past decade. *Journal of Human Hypertension*, 37, 170–180. <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00764-0>
- Tanrıverdi, Ö. (2024). The Relationship Between Medication Adherence and Health Literacy in Geriatric Patients. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 7(4), 618–624. <https://doi.org/10.62425/esbder.1491727>
- Taşkaldıran, I., Bayraktaroğlu, T. (2020). COVID-19 ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 4(2), 155–159. <https://doi.org/10.25048/tudod.752989>
- Tomaszewski, M., Vaughn, C. C., Janan, F., Eichhorn, T. (2022). Kidney omics in hypertension: From statistical associations to biological mechanisms and clinical

- applications. *Advances in Kidney Disease and Hypertension*, 32, 123–157. [https://doi.org/10.1016/S0085-2538\(22\)00442-2](https://doi.org/10.1016/S0085-2538(22)00442-2)
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2007). *Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu*. Türk Kardiyoloji Derneği. <https://tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2022). *Antihipertansif tedavi*. <https://www.tkd.org.tr/>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>
- TÜRKİYE-HIP. (2022). Türkiye Hipertansiyon Profili: 2022 Raporu. *Türkiye Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Yayınları*. <https://www.turkiyehip.org.tr>
- Uğur, N., Şahin, F., Erkoç, S. (2021). Çalışma durumu ve hipertansiyon tedavi uyumu: Bir karşılaştırmalı analiz. *Sağlık Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 5(1), 35–40.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Schlaich, M. (2020). 2020 *International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines*. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- Vahanian, A., Beyersdorf, F., Praz, F., Milojevic, M., Baldus, S., Bauersachs, J., Capodanno, D., Conradi, L., De Bonis, M., De Paulis, R., Delgado, V., Freemantle, N., Gilard, M., Haugaa, K. H., Jeppsson, A., Jüni, P., Pierard, L., Prendergast, B. D., Sádaba, J. R., Wojakowski, W. (2022). 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*, 43(7), 561–632. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>
- Veterans Affairs Department of Defense. (2020). *2020 VA/DoD clinical practice guideline for the management of hypertension*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/htn/VADoDHypertensionCPG2020.pdf>
- Wang, Y., Chen, Z., Li, F. (2023). Mindfulness-based stress reduction and blood pressure: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 85(3), 250–260. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001234>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guidelines for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
- Wong, T. Y., Mitchell, P. (2021). Hypertensive retinopathy. *New England Journal of Medicine*, 384(3), 255–266. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15564546>

- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A. (2020). Hypertension and sexual dysfunction: Mechanisms and management. *Journal of Hypertension*, 38(7), 298–302. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002382>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Desormais, I. (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. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- World Health Organization (WHO). (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action (E. Sabaté, Ed.). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Hypertension fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Esenler Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 45–59. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esbder/issue/66433/981951>
- Yıldız, A., Kaya, Z., Demirtaş, H. (2022). Hipertansiyon hastalarında stres, anksiyete düzeyi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(2), 145–152.
- Yıldız, G., Söğüt, G. (2025). Masked hypertension in patients with irritable bowel syndrome. *Indian Journal of Gastroenterology*. <https://doi.org/10.1007/s12664-025-01123-4>
- Yıldız, H., Demirtaş, A. (2021). Hipertansiyonlu bireylerde aile öyküsünün tedavi uyumuna etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(2), 72–79.
- Yıldız, M., Aydın, A., Koçak, G. (2020). Hipertansiyon prevalansı ve cinsiyet farklılıkları: Türkiye örneği. *Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji Dergisi*, 12(4), 100–105.
- Yılmaz, B., Aydın, M., Tuncer, S. (2019). Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 27(1), 45–52.
- Yousuf, J., Roba, K. T., Ahmed, N., Belsty, T., Wondimneh, F., Daba, L., Teshager, T., Ketema, I. (2025). Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at public hospitals in eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 20(5), e0322655. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322655>
- Zhou, X., Wang, Y., Li, S. (2021). Family caregiving and health outcomes: The impact on medication adherence in hypertensive patients. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1299–1308. <https://doi.org/10.2147/PPA.S315789>

EKLER

EK-1: İNTİHAL RAPORU

İNANÇ TORUSTAĞ TEZ			
ORJİNALLIK RAPORU			
%	12	%	12
BENZERLİK ENDEKSİ		İNTERNET KAYNAKLARI	
		%	5
		YAYINLAR	
		%	
		ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ	
BİRİNCİL KAYNAKLARI			
1	doczz.net İnternet Kaynağı	%	1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%	1
3	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%	1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%	1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%	1
6	tkd.org.tr İnternet Kaynağı	%	1
7	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%	1
8	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<%	1
9	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%	1
10	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<%	1
11	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%	1
12	yayin.ieu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%	1

EK-2: ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZNİ (E-POSTA)

 İletti

 Gözüm- Hacısanoğlu-Çapık.pdf (142 KB)

Sayın İNANÇ TORUSTAĞ,

Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formunun Türkçe formunu çalışmanızda kullanmanıza izin veriyorum.

Yararlı olması dileğiyle

*Prof. Dr. Sebahat Gözüm
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Antalya*

Gönderen: İnanç TORUSTAĞ < >
Gönderildi: 13 Şubat 2024 Salı 16:00:22
Kime: Sebahat GOZUM
Bilgi:
Konu: Ölçek izni Hk.

Hocam Merhaba;

İstanbul İli Bir Şehir Hastanesinde Antihipertansif Hastaların İlaç Uyum Durumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi üzerine yapacağım çalışmada, "Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formunun Türkçe'sinin geçerliliği" yazınızda yer alan ölçeği kullanabilir miyim?

Teşekkür ederim,

İyi Çalışmalar.

İNANÇ TORUSTAĞ

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Kardiyoloji ABD Kliniği*

EK-3: ETİK KURUL ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL NO	61.2024fbu					
	ARAŞTIRMANIN ADI Türkçe / İngilizce	İstanbul İli Bir Şehir Hastanesinde Antihipertansif Tedavi Gören Bireylerde İlaç Uyumunu Bozan Faktörlerin İncelenmesi Investigation of Factors Disrupting Medication Compliance in Individuals Undergoing Antihypertensive Treatment at a City Hospital in Istanbul Province					
	YÜRÜTÜCÜ UNVANI/ ADI	Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay Genç					
	ARAŞTIRMACILAR	İnanç Torustağ					
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Fenerbahçe Üniversitesi					
	TARİH	07.05.2024					
	KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için kurulumuzca onaylanmasına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. Onay sonrasında çalışmada yapılacak her türlü (katılımcı, başlık, protokol vb.) değişikliklerin Etik Kurula bildirilmesi ve çalışmanın onayının yenilenmesi gerekmektedir.					
KURUL ÇALIŞMA ESASI	Bilimsel araştırmalarda kullanılan yöntem ve materyaller ile ilgili etik standartları gözetmek, etik ilkeler doğrultusunda görüş bildirmek, araştırma önerilerini incelemektir.						
ÜYELER							
Unvanı/ Adı/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu/EK Üyeliği	Onaylanan Araştırma ile İlişkisi	İmza			
Prof. Dr. Göksel ŞENER	Farmakoloji	FBÜ Sağlık Hizmetleri MYO (Başkan)	Yok				
Prof. Dr. Hülya AŞÇI	Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği	FBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	Yok				
Doç. Dr. Başar ÖZTÜRK	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok				
Doç. Dr. Dilber KARAGÖZÖĞLU COŞKUNSU	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok				
Dr. Öğr. Üyesi Melike Şeyma DENİZ	Beslenme ve Diyetetik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok				
Dr. Öğr. Üyesi Sinem DİNMEZ	Ebelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok				
Dr. Öğr. Üyesi Yağmur ŞANCI	Hemşirelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok				
Öğr. Gör. Elif Sena DÜŞGÜN	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	FBÜ Sağlık Hizmetleri MYO (Raportör)	Yok				
Av. Eyüp Can ESEN	Hukuk	Serbest Avukat	Yok				

EK-4: KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-254648313
Konu : İnanç TORUSTAĞ'ın Araştırma İzni Hk.

23.09.2024

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 11.07.2024 tarihli ve E-23898784-604.01-248421562 sayılı yazınız.

Hastanenizin ilgede kayıtlı yazısında konu olan kurumunuz kardiyoloji kliniğinde görevli hemşire ve Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü iç hastalıkları hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisi İnanç TORUSTAĞ, Dr. Öğr. Üyesi Kariye Niay GENÇ'in danışmanlığında yürütülen "**İstanbul İli Bir Şehir Hastanesinde Antihipertansif Tedavi Gören Bireylerde İlaç Uyumunu Bozan Faktörlerin İncelenmesi**" başlıklı çalışmasını, hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun **13.09.2024 tarih ve 2024/14** sayılı kararınca **uygun görülmüştür**. Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde yapılması (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek), sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Başkan

EK-5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma ile hipertansiyon ilacı kullanan bireylerin ilaç kullanımını etkileyen ve engelleyici tutumları değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu araştırma, klinik çalışmalar olarak alana ve tedavi süreçlerinin geliştirilmesi adına sağlık profesyonellerine yol gösterici olacaktır.

Araştırma için Fenerbahçe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmaya sizin dışınızda 207 hipertansiyon tedavisi için ilaç kullanan bireyler de katılacaktır. Sizden bu çalışmada anket ve çok sorularını yanıtlamanız istenecektir. Bu işlem beş dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödül verilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı istemezseniz burada size verilen hizmet olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmeyecektir. Gerekli gördüğünüzde araştırmanın herhangi bir kısmında katılımcı araştırmadan çıkabilir, araştırmacı çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya e-posta adresi veya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih

İmza/Tarih

Katılımcının Adı Soyadı:

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı:

EK-6: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız

.....

2. Cinsiyetiniz?

Kadın () Erkek ()

3. Medeni durumunuz?

Bekar () Evli () Dul () Diğer ()

4. Eğitim durumunuz?

Okuryazar değilim () Okuryazarım () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora ()

5. Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

6. Evet ise kaç tane?

Bir () İki () Üç () Dört () Beş () Daha fazla ()

7. Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz biri var mı?

Evet () Hayır ()

8. Şu anda çalıştığınız düzenli bir iş var mı?

Evet () Hayır ()

EK-7: TIBBİ ÖYKÜ VERİ FORMU

1. **Bilinen ve tedavi gördüğünüz başka kronik hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

Diyabet Doğumsal Kalp Hastalığı

Kolesterol Astım, KOAH Kanser Diğer...

2. **Ne zamandan beri hipertansiyon hastalığınız var?**

.....

3. **Ailenizde hipertansiyon hastalığı olan var mı?**

Evet Hayır

Varsa kimlerde var?

.....

4. **Tansiyonunuzu (Kan basıncı) hangi sıklıkta ölçtürüyorsunuz?**

.....

5. **Tansiyon için Doktorunuza ne sıklıkta kontrole gidersiniz?**

Ayda Bir Üç Ayda Bir Altı Ayda Bir Yılda Bir Hiç Gitmem

6. **Doktor kontrolüne gitmeme nedeniniz nedir?**

.....

7. **Tansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?**

.....

8. **İlacı ne zamandır kullanıyorsunuz?**

.....

9. Kullandığınız ilacı nasıl tanıyorsunuz?

İsminden Kutusundan Şeklinden

10. Tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı?

Evet Hayır

11. Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni nedir?

Yan etki yaptı Tansiyonumu düşürmedi

Pahalıydı Doktorumun önerisiydi

Nedenini bilmiyorum Diğer:

12. İlacınızı nasıl alırsınız?

Her gün düzenli

Tansiyonumun yükseldiğini hissettiğimde

Hiç almam

13. Hipertansiyon hakkında eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

14. Tansiyonunuzu (Kan basıncınızı) kontrol altına almak için kullandığınız herhangi bir tedavi, yöntem var mı?

Evet Hayır

15. Uyguladığınız yöntem tansiyonunuzu kontrol altına aldığına inanıyor musunuz?

Evet Hayır

16. Kullandığınız bir diyet var mı?

Evet Hayır

17. Diyetinize uyum sağlıyor musunuz?

Evet Hayır

18. Tansiyonunuzun yükseldiğini nasıl anlıyorsunuz?

.....

19. Egzersiz yapma alışkanlığınız var mı?

Evet Hayır

20. Yapıyorsanız ne sıklıkta yapıyorsunuz?

.....

21. Hayatınızda stres oluşturabilecek kaynakları var mı?

Evet Hayır

22. Stresle baş etmek için etkili bir yöntem kullanıyor musunuz?

.....

23. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel yaşamınızda bir değişiklik oldu mu?

Evet Hayır

**EK-8: HİPERTANSİF HASTALARDA İLAÇ TEDAVİSİNE
BAĞLILIK/UYUM ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ (İBÖS)**

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği

İnsanların doktorlar tarafından yazılan ilaçları almasını zorlaştıran bazı durumlar ortaya çıkar. Böyle durumların bir listesi aşağıdadır. Biz sizin bu durumların her biri ile ilgili olarak tansiyon ilaçlarınızı almanız hakkındaki düşüncenizi bilmek isteriz. Lütfen kutular kontrol ederek görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. Doğru ve yanlış cevap yoktur.

Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı **HER ZAMAN** alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu lütfen işaretleyiniz.

**Tansiyon İlaçlarınızı Her Zaman Alabileceğinizden Ne Kadar Emin
Olabilirsiniz?**

SORULAR	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim
Evde meşgul olduğunuzda			
İşte olduğunuzda/günlük işlerinizle meşgul olduğunuzda			
Size hatırlatacak birisi olmadığında			
Bundan sonraki yaşamınızda ilaçları alma konusunda endişeye düştüğünüzde			
Yan etkileri olduğunu fark ettiğinizde			
Fiyatları çok yükseldiğinde			
İşten eve geç geldiğinizde/günlük işleriniz geç bittiğinde			
Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde			
Ailenizle beraber olduğunuzda			
Topluma açık yerlerde bulunduğunuzda			
Bağımlılık yapabileceğinden korktuğunuzda Cinsel gücünüzü etkileyebileceğinden endişe ettiğinizde			

Öğünler arasında almanız gerektiğinde			
İhtiyacınız olmadığınızı hissettiğinizde			
Seyahatlerde			
Günde birden fazla almanız gerektiğinde			
Sizi bazen halsiz bitkin duruma düşürdüğünde			
Sizde baş dönmesine sebep olduğunda			
Kendinizi iyi hissettiğinizde			
Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda			

**AŞAĞIDA SIRALANAN İŞLEMLERİ HER ZAMAN
YAPABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ?**

SORULAR	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim
İlaçlarınız bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan			
Fiyatlar ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri yazdıracağınızdan			
İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan			
Tansiyon ilaçlarınızı almayı daima hatırlayacağınızdan			
Tansiyon ilaçlarınızı hayatınız boyunca alacağınızdan			

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : İnanç TORUSTAĞ

GSM / e-posta :

Eğitim Durumu

Önlisans / Lisans : Kastamonu Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi

Yüksek lisans : İstanbul Medeniyet Üniversitesi – Sağlık Turizmi İşletmeciliği
Yüksek Lisans Programı (Tezsiz)

: Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç
Hastalıkları Hemşireliği ABD Tezli Yüksek Lisans Programı

Doktora / sanatta yeterlik:

Yabancı Dil

Dil	Sınav Adı	Sınav Notu ve Yılı (Son 5 yıl içinde alınan en yüksek sınav notu)	
		Sınav Notu	Sınav Yılı
-	-	-	-

İş Deneyimi

1. Memorial Sağlık Grubu A.Ş. Cerrahi Birimler/Ameliyathane
2. Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kardiyoloji ABD

Bilimsel / Sanatsal Çalışmalar

1. Oktay, A., Torustag, I., Isman, F. K., Agirbasli, M. (2025). Effects of Menstrual Cycle on Exercise Treadmill Parameters and Cardiac Troponin Release in Premenstrual Women. Diagnostics, 15(12), 1548. [10.3390/diagnostics15121548](https://doi.org/10.3390/diagnostics15121548)