T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖZETKİLİLİK DÜZEYLERİ

Nur TEKE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA-2016

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖZETKİLİLİK DÜZEYLERİ

Nur TEKE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA-2016

ÖNSÖZ

Çalışmamda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, her konuda fikrine çekinmeden başvurabildiğim, eğitim alma fırsatı yakaladığım için kendimi çok şanslı hissettiğim tez danışmanım Yrd. Doç. Dr Selda ARSLAN'a

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini ve yardımını esirgemeyen değerli hocalarıma ve meslektaşım Ayşe UÇAR'a

Tezimin veri toplama aşamasında bana her türlü imkânı sağlayan Ilgın Dr. Vefa Tanır Devlet Hastanesi idarecilerine,

Araştırmamı yürüttüğüm kardiyoloji polikliniğinde görev yapan desteklerini eksik etmeyen doktorumuza ve mesai arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılan ve sabırla soruları cevaplayan tüm hastalara,

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen, her zaman yanımda olan eğitimim süresince sevinçlerime ve sıkıntılarıma ortak olan kıymetli annem, babam, kardeşlerim ve Süleyman KESKİN'e en içten duygularımla teşekkür ederim.

NUR TEKE

KONYA/2016

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR v
1.GİRİŞ 1
1.1. Hipertansiyonun Tanımı 4
1.2. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi 4
1.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi 5
1.4. Hipertansiyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 6
1.4.1.Yaş 6
1.4.2. Genetik 7
1.4.3.Tuz 7
1.4.4. Obezite 7
1.4.5. Fiziksel aktivite 8
1.4.6. Sigara 8
1.4.7. Alkol 8
1.5. Hipertansiyon Sınıflandırılması 9
1.5.1.Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması 9
1.5.2.Hedef Organ Hasarının Derecesine ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması 9
1.5.3. Etiyolojisine göre hipertansiyon sınıflaması 10
1.6. İlaç tedavisi 10
2.Hipertansiyonda Tedaviye Uyum 11
2.1. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler 13
2.2. İlaç Uyumunda Hemşirenin Sorumlulukları 14
2. YÖNTEM 16
2.1. Araştırmanın Tasarımı 16
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 16
2.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi 16
2.4.Veri Toplama Araçları ve Tekniği 17
2.4.1.Anket Formu (Ek-A) 17
2.4.2.İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği (İBÖS) (Ek-B) 18
2.4.3 Veri Toplama Tekniği 18
2.5. Değişkenler 18
2.5.1. Bağımsız Değişkenler 18
2.5.2. Bağımlı Değişkenler 19

2.6. Ön Uygulama 19
2.7. Verilerin Analizi 20
2.8. Araştırmanın Etiği 20
3. BULGULAR 21
4. TARTIŞMA 28
4.1. Hipertansif Hastaların Sosyodemografik, Sağlık/Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 28
4.2. Hipertansif Hastaların Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Düzeyleri ile Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Özellikleri ile Tartışılması 33
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 40
5.1. Sonuçlar 40
5.2. Öneriler 41
6.KAYNAKLAR 42
7. EKLER 49
Ek-A Anket Formu 49
Ek-B İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği 52
Ek-C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul İzni 54
Ek-D. Dr Vefa Tanır Devlet Hastanesi Kurum İzni 55
Ek-E. Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Anket Çalışma İzni ... 56
Ek-F. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzin Belgesi 58
8. ÖZGEÇMİŞ 59

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACC : Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology)

ACE : Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

AHA : Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)

ASH : Hipertansiyon Amerikan Toplumu (American Society of Hypertension)

BKİ : Beden Kütle İndeksi

DKB : Diyastolik Kan Basıncı

EFOR : Kardiyovasküler Stres Testi

EKG : Elektrokardiyografi

ESH/ESC : Avrupa Hipertansiyon ve Avrupa Kardiyoloji Derneği

HinT : Türkiye'de Hipertansiyon Sıklığı (Hypertension incidence in Turkey)

İBÖS : İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği

NHLBI : Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (National Heart, Lung, and Blood Institute)

PURE : Olası Kent/Kır Epidemiyolojisi (Prospective Urban/Rural Epidemiology)

SKB : Sistolik Kan Basıncı

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TEKHARF : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

TURDEP-II : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri

Nur TEKE

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2016

Bu çalışma; kırsal alanda hipertansiyon tanısı almış bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeylerinin ve bu düzeyin bazı sosyodemografik, sağlık ve hastalık özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacına yönelik olarak tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu kırsal bölgede bir hastanenin Kardiyoloji Polikliniğine başvuran hipertansiyon tanısı alan 235 birey oluşturmuştur. Araştırma verileri Aralık 2015-Şubat 2016 tarihi itibari ile polikliniğe gelen hastalardan toplanmıştır. Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanan "Anket Formu ", ve "İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği" kullanılmıştır Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bağımsız değişkenlerin analizinde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Farklılığın tespit edilmesinde Tukey HSD testinden yararlanılmıştır. Veriler tabloda gösterilirken sayısal veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların; yaş ortalaması 63,2±9,9 olup, %64,3'ü kadın ve %78'7 si evli, %47,7'si ilkokul-ortaöğretim mezunu, %59,6'sı ev hanımıdır. Ölçeğin toplam puan ortalamasının sosyodemografik özelliklere göre puan dağılımı değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunun benzer olduğu ($p>0.05$), birlikte yaşadığı kişiler değişkeninde anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin puan ortalamasının hastalık süresi, tansiyona eşlik eden hastalık durumu, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığa uyum sağlama durumu, hastalığı hakkında düşüncesi, reçetesiz bilinçsiz ilaç kullanma durumu, hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı, diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinde puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Sistolik kan basıncıcı, diyastolik kan basıncı, düzenli ilaç kullanma durumu, tansiyonun yan etkilerini bilme durumu, tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı değişkenlerinde ise ölçek puan ortalamasının farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma sonucunda; kırsal kesimde yaşayan hasta grubunun ilaç tedavisine uyum düzeylerinin yüksek olduğu ve bazı değişkenlerden etkilendiği bulunmuştur. Kırsal alanda yaşayan hipertansif hastaların; ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeylerini geliştirmelerine yönelik iş birliği sağlanması, hemşirelerin; hastaların ihtiyaçlarına yönelik eğitim planı hazırlanması, toplum taramaları ve izlemi içeren hasta merkezli eğitim programı vermesi, bu eğitimler verilmeden önce bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özellikleri göz önünde bulundurularak hazırlanması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon; ilaç tedavisine uyum; kırsal alan

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Hypertensive Individuals's Medication Adherence Self Efficacy Level İn Rural Population

Nur TEKE
Nursing Department

MASTER'S THESIS/ KONYA-2016

This study has been done in a descriptive way in order to determine if the compliance feature level to drug treatment of the individuals who were diagnosed with hypertension and living in rural areas change according to some socio-demographic, health and illness features.

The study group consisted of 235 individuals diagnosed with hypertension who visited the cardiology polyclinic of a hospital in a rural area. The data were collected from the patients who visited between December 2015 and February 2016. The study used "the Questionnaire" and "the Medication Commitment/Adherence Self-Efficacy Scale" prepared by the researcher. The data were collected using the method of face to face interviews. One-way ANOVA and t-test were used in the analysis of the independent variables. Tukey HSD test was utilized in determining the difference. Numbers, percentages and standard deviations were utilized for showing the data on the table. "$p<0.05$" was accepted as the statistically significant level.

While the mean age of the participants was 63.2±9.9, 64.3% were female, 78.8% were married, 47.7% were graduates of primary-secondary education, and 59.6% were housewives. When the socio-demographics based score distribution of the total average score of the scale was analyzed, it was determined that age, sex, marital status, education level, working status and income level were similar ($p>0.05$), while the variable regarding the people participants lived with showed differences ($p<0.05$). It was found that the average score of the scale was similar in terms of the variables about duration of illness, illness status accompanying tension, status of being educated about one's illness, status of adaptation to the illness, opinions regarding own illness, irresponsible over-the-counter medicine usage status, frequency of checking blood pressure, and status of diet and exercise ($p>0.05$). It was also found that the average score of the scale varied in terms of the variables of systolic blood pressure, diastolic blood pressure, status of regular drug usage, status of awareness of side effects of blood pressure, and measuring blood pressure / having blood pressure measured ($p<0.05$).

As a result of the study, it was found that medication adherence levels of the patient group living in the rural area were high, while being affected by some variables. The following may be recommended for patients with hypertension living in rural areas: establishing cooperation towards improving their medication adherence self-efficacy levels, preparing a training plan for nurses regarding the needs of the patients, providing training programs centered around the patient including social scans and observations, and preparing the individuals before providing this training by considering their socio-demographic, medical and diagnostic characteristics.

Keywords: Hypertension; medication adherence; rural area

1.GİRİŞ

Hipertansiyon tüm dünya ülkelerinde erişkin populasyonun önemli bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olan ve kan basıncının sistolik ≥140 mm/Hg ve diyastolik ≥ 90 mm/Hg üzerine çıkmasıyla ifade edilen bir sağlık sorunudur (Joint National Committee 2003, Yıldız ve Küçükazman 2008, Mancia ve ark 2013). Prevalansı coğrafik, kültürel, demografik, beslenme ve genetik faktörler temelinde büyük değişkenlikler göstermekle birlikte yol açtığı ciddi komplikasyonlar açısından önemli kronik hastalıklar arasındadır (WHO 2015).

Dünyada 9,4 milyon ölüm ve hastalık yükünün % 7'sinin hipertansiyonun neden olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2014). Hipertansiyonun, küresel sıklığı 2014 yılında erişkinlerde yaklaşık % 22'dir (WHO 2014). Afrika'nın kırsal bölgelerinde, Çin, Hindistan ve Asya'nın birçok bölgesinde hipertansiyon sıklığı % 7-15, Avrupa' da İngiltere, Finlandiya, Almanya, İtalya, İspanya, İsveç gibi ülkelerde hipertansiyon yaygınlığı % 44'tür (Norman ve Ronald 2010). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) (2009) çalışmasında hipertansiyon prevalansının % 33,7 olduğu, Metabolik Sendrom Derneği Türkiye Kolu tarafından yürütülen; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) çalışmasının verilerinde kırsal alan hipertansiyon prevalansının % 49,2 ve bu prevelansın kadınlarda % 50,6 erkeklerde % 46,9 dağılım gösterdiği bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada, hipertansiyon sıklığının % 25- % 32 arasında, hipertansiyon kontrolünün ise % 16,4- % 28,7 arasında değiştiği bildirilmiştir (Altun ve ark 2012). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark 2007).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2008 yılında yaptığı "Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz" kampanyasında, ülkemizde hipertansiflerin çoğu (% 60) durumun farkında olmadığı; çoğunun tedavi almadığı (% 70) ve çoğunun tansiyonu kontrol altında olmadığı bulunmuştur (% 92). Hipertansiyonun kontrolüne ilişkin çok ilerleme kaydedilmesine rağmen hala hastaların % 50-75'i kan basıncını kontrol edememektedir (Oliveria ve ark 2005). Hipertansiyon tanısı almış bireylerin tedavisinde en önemli sorun, hipertansiyonu olan kişilerin tedaviye uyum gösterememeleridir. Uyum; bireylerin hipertansiyon tedavisinde tedaviye ilişkin

algıları, kendilerini takip eden hekim ve hemşire ile devamlı iletişim halinde olması, reçete edilenleri onaylama ve uygulamadaki rolü (Treharne ve ark 2006), kan basıncı kontrolünü sağlaması, önerilen diyeti uygulama ve oluşabilecek komplikasyonlar yönünden klinik önerilerle uyuşma boyutudur (Hacıhasanoğlu 2009). Antihipertansif ilaçlar kan basıncının azaltılması ve hipertansiyonun kontrolünde hekimler tarafından reçete edilen en yaygın tedavi olmakla birlikte (Kamran 2015) tedaviye uyumsuzluğun ciddi bir boyutunu oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hipertansif hastaların yarısının, tanıdan sonraki bir yıl içerisinde hipertansiyonla ilgili hizmet almayı bıraktığı (Hacıhasanoğlu 2009); tıbbi izlemi sürdürenlerin ise yalnızca yarısının reçete edilen ilaçları aldığını (Okan 2010), hipertansiyonlu hastaların % 30 ile % 50'sinin reçete edilen antihipertansif ilaçları kullanmada başarısız oldukları, yarısına yakın kısmının da düzenli sağlık kontrollerine gitmediği belirlenmiştir (Demirezen 2006). Ogedegbe ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada hastaların ifadelerine göre; hipertansiyon hakkında bilgi eksikliği, unutkanlık, ilacın yan etkisi, maliyeti, ilaca bağımlı hale gelebileceğine inanması, kan basıncının normal olduğunda ilacı kullanmanın gereksiz olduğu gibi hipertansiyonla ilgili farklı düşünceleri ve inançları olduğu belirlenmiştir.

TÜİK 2010 nüfus verilerine göre standardize hipertansiyon prevalansı yerleşim yeri kırsal bölge olanlarda hastalığın prevalansı (% 26) kentsel bölgelere (% 23) göre daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı 2013). Kırsal alanlarda sağlık probleminin dağılımında rol oynayan; medeni durum, işsizlik, eğitim seviyesi, alışkanlıklar, sağlık hizmetlerinin ve konut sanitasyon yetersizliği gibi faktörler hipertansiyon gelişimini etkileyebilecek risk faktörleri arasında sayılabilir (Wet ve ark 2016). Düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sistemleri yetersiz olduğu için sağlık hizmeti alan toplumu olumsuz etkilemektedir. Hipertansiyon yönetiminde hipertansif bireylerin başarılı olmaları için kan basıncı kontrolünü sağlama, düzenli sağlık kontrollerine gitme ve ilaç tedavilerine uyum göstermeleri önemlidir. Uyum ve bilgi durumu, hastanın hastalığına yüklediği ciddiyet ile ilişkilidir. Hastaların bu tedavi sürecinde uyumsuzlukları hipertansif ilaçların yararlarını bilme konusunda bilgi eksikliği ya da kendi inançlarına dayalı olarak bilinçli ya da bilinçsiz ortaya çıkabilir (Kamran 2015). Bireyin hastalığına verdiği önem özellikle bireyin sağlık bilgisinden etkilenmektedir (Hacıhasanoğlu ve ark 2012). Hipertansiyonda ilk tanıyı koymada, tedavi için kararları verme de en çok doktorlar sorumlu olsalar dahi süregelen

yönetimde hemşireler önemli rol oynamaktadırlar. Hipertansiyonlu bireylerin hastalıkları ile ilgili farkındalıklarının artması sağlık davranışlarına yansıyacağı düşünülmektedir. Hastaların ilaç tedavisine uyumu ile elde edilecek sonuçların hasta eğitimlerinin önemi ve klinik çalışmalara yol gösterici olması beklenmektedir.

Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ile ilgili çalışmalar daha çok kentsel bölgeye ait olup (Anadol 2008, Mert ve ark 2011, Dessie ve ark 2012, Gün 2012, Wang ve ark 2014, Al-Ramahi 2015, Kang ve ark 2015) kırsal alanlarda yapılan çalışmalar (Goldilocks ve Lewis 2007, Kamran ve arkadaşları 2015, Ma 2015, Odusola ve arkadaşları 2015) daha sınırlı olduğu ve ülkemizde ise kırsal alanda yapılan çalışma olmaması nedeniyle bu çalışmada kırsal alan tercih edilmiş ve bu çalışma hipertansiyonlu bireylerin ilaç uyum özetkililik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın soruları:

1. Kırsal alanda yaşayan hipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri nedir?
2. Kırsal alanda yaşayan hipertansif bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri farklı mıdır?
3. Kırsal alanda yaşayan hipertansif bireylerin sağlık ve hastalık özelliklerine göre ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri farklı mıdır?

1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kalbin vücuda kanı pompalamak için kasılmasıyla birlikte, kalpten atardamarlara gönderilen kanın, damar duvarlarında yaptığı en yüksek basınç 'sistolik kan basıncı', kalbin gevşemesi sırasında, kan damarlarında azalan kana bağlı olarak en düşük basınç 'diyastolik kan basıncı' olarak tanımlanır (Sağlık Bakanlığı 2008, WHO 2015). Hipertansiyon; arteriyel kan basıncının normal kabul edilen değerlerinin; sistolik kan basıncının (SKB) 140 mm/Hg, diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mm/Hg üzerine çıkmasıdır (Akdemir 2005, Guidelines Committee 2007, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension (AHA/ ACC/ASH) 2015).

1.2. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Periferik direnç ve kalp debisini etkileyen birden fazla nedenin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan hipertansiyon; otonom sinir sistemi aktivitesinin bozulması, arteriyel kan basıncının artması, sempatik sinir sistemi işlevinin artması, böbreklerden su, sodyum ve klorun geri emiliminin artması, renin-anjiotensin-aldesteron sistemi aktivitesinin devreye girmesi sonucu sistemik damar direnci ve ekstrasellüler sıvı miktarının artması, artmış damar endotelindeki bozulma sonucu arteriollerin genişleyememesi, obezite ve glukoz intoleransı ile insülin direncinin artması hipertansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Akdemir 2005, Bekiroğlu 2011, Acelajada ve ark 2012, AHA/ ACC/ASH 2015).

Kan dolaşımında katekolamin seviyelerinde yükselmeye bağlı olarak, sempatik hiperaktivite ile yüksek kalp atım hızında artma eğilimi vardır. Bu değişiklikler, renin salınımının da uyarılması ve kalp debisini arttırarak kan basıncını yükseltebilir. Renin-anjiyotensin aldesteron sistemi aktivasyonu; vasküler inflamasyon, endotel hücre disfonksiyonu ile hipertansiyon oluşumuna sebep olan önemli mekanizmalardan biridir (Badır 2010, Marchesi ve ark 2008). Renal sistem de hipertansiyon patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Bir ya da daha fazla böbrek arterinde daralma olması böbrek perfüzyonunun azalması hipertansiyona yol açan renovasküler hastalıklardır. Böbrek arterinde stenoza neden olan en önemli faktör ise aterosklerozdur. Aşırı sodyum alımı gibi durumlarda kan hacmi artar ve bunun sonucu olarak kan basıncı yükselir (Robinson 2012).

Hipertansiyon insan vücudunda, atardamarı sertleştirerek kan akışının azalmasına ve bunun sonucunda da kalbe giden oksijen miktarında ciddi azalmaya sebep olmaktadır (WHO 2011). Belirti vermeden ilerleyen kronik bir hastalık olan hipertansiyon, kötü kontrollü veya tedaviyle kontrol altına alınmadığı takdirde kalp, beyin, arter ve venler, böbrek ve retina damarlarında organ hasarı oluşma riskine yol açabilir (WHO 2007, American Heart Association 2012).

1.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tüm yaş/ırk/cinsiyet grupları (AHA/ ACC/ASH 2015) ve dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde önde gelen risk faktörlerindendir. Hipertansiyonu tek başına değerlendirdiğimizde kan basıncı 115/75 mm/Hg'yı aştığında riskin artmaya başladığı gözlenmektedir (Gün 2012). Dünyada yılda 17,3 milyon hipertansif ölüm olmakta ve 2030 yılında beklenen sayı 23,6 milyon olarak tahmin edilmektedir (American Heart Association 2012). Kan basıncı kontrol oranları 1992 yılında % 13,2'den, 2007 yılında % 64,6'e çıkmıştır. Hipertansiyon yılda 9,4 milyon ölüme sebep olmakla birlikte prevelansı gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Dünyada, 2008 yılında 25 yaş ve üzeri bireylerde yaklaşık % 40'ında hipertansiyon teşhis edilmiştir (Lim ve ark 2012, WHO 2015).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) (2010) sonuçlarına göre; 20 yaş ve üzeri hipertansiyon prevalansı % 31,3 olarak bulunurken erkeklerin % 30,9'unda, kadınların % 32,3'ünde hipertansiyon olduğu görülmüştür. Türkiye Sağlık istatistikleri yıllığı (2012) verilerine göre kişilerin (15 yaş ve üzeri) % 13,2'si hipertansiyonlu olduğunu, kadınların % 17,6'sı ve erkeklerin % 8,7'si hipertansiyonlu olduğunu ifade etmektedir. Yine aynı çalışmada, kırsal alanda yaşayan onbeş yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirtenlerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımında toplamda % 16,7 olduğu ve en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür (TÜİK 2012). Yabul (2011)'un Konya ilinde hipertansiyon prevelans araştırması sonucunda 18 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevelansı % 50,8 olarak bulunmuştur.

TÜİK (2012)'in yaptığı sağlık araştırmasında on beş yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içerisinde tansiyon, kolesterol veya kan şekeri ölçümü yaptırma durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımında erkeklerde % 40,8 kadınlarda % 56,6 olduğu görülmüştür. Türkiye'de erişkinlerde popülasyon temelli epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyon prevalansı % 31,8 olarak (Altun ve ark 2005), 4 yıllık insidans hızı ise % 21,4 olarak (Arıcı ve ark 2015) belirlenmiştir. 2003 yılında hipertansiyonu olanların % 40,7'si hastalığın farkında iken 2011 yılında bu oran % 54,7 olarak saptanmıştır. İlaç tedavisi alanların oranı 2003'te % 31,1 iken 2012'de % 47,4'e ve kan basıncı kontrolü de % 8,1'den % 28,7'ye yükseldiği görülmüştür (Şengül ve ark 2011).

1.4. Hipertansiyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Ülkemizde çok fazla hipertansiyon hastasının olduğu bilinmektedir. Hipertansiyonun insanlara yüklediği risk ve ülke ekonomisine olan maliyeti göz önüne alındığında erken tanınıp tedavi edilmesi önemlidir (Uyarel 2014). Hipertansiyonda fazla kalori alımı, tuzlu yeme alışkanlığı, yetersiz potasyum ve kalsiyum alımı, aşırı sigara ve alkol tüketimi, psikososyal stres ve sedanter yaşam tarzı hipertansiyonun gelişiminde aktif rol oynamaktadır (Tilg ve Moschen 2006, Katagiri ve ark 2007, Badır 2010).

Kontrolsüz kan basıncı, koroner kalp hastalığı, serebral tromboz, inme ve kronik böbrek yetmezliği gibi diğer hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (WHO 2013, Al-Ramahi 2015). Kardiyovasküler risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ifade edilebilir. Değiştirilebilir risk faktörleri dislipidemi, diyabet, sigara, obezite ve böbrek yetmezliği, değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk, genetik yatkınlık, aile olarak gruplandırılmıştır (Tilg ve Moschen 2006, Katagiri ve ark 2007, AHA/ ACC/ASH 2015, WHO 2015). Hipertansiyonlu hastaların tedavisi bireye özgü olmalıdır. Tedavi düzenlenirken en önemli faktör başlıca mortalite ve morbitide nedeni olan risklerin azaltılması ve kan basıncı değerlerinin <140/90 mm/Hg altına çekilmesidir (Erciyes 2013).

1.4.1.Yaş

Yaşla birlikte beyin, böbrek, kalp, damar, karaciğer ve diğer sistemlerin yapılarında ve fonksiyonlarında işlevsel kayıplar meydana gelmektedir (Dalak 2010, Türk Kardiyoloji Derneği 2015). Bunlara ek olarak, kan basıncının düzenlenmesinde

rol oynayan kalp debisi ve kalp atım hızında azalma, sistemik damar direncinde artma olmakta (Dalak 2010), tüm bu faktörler hipertansiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Altun ve ark 2005) verilerine göre ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı 35-64 yaş grubunda % 42,3; 65 ve üzeri geriatrik yaş grubunda ise % 75,1'dir. HinT (Hypertension incidence in Turkey) (2010) çalışmasına göre; Türkiye'de dört yıllık düzeltilmiş genel insidans hızı % 21,3, 35-64 yaş grubunda % 31,1, 65 yaş üstü grupta % 43,3, erkeklerde % 23 ve kadınlarda % 19 olarak ölçülmüştür.

1.4.2. Genetik

Hipertansiyon hastalarında, ailede yüksek kan basıncı öyküsüne sıklıkla rastlanılması, hipertansiyonun etiyolojisinde genetiğin önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir (ESH/ESC 2007). Aynı aile yapısı içinde hipertansiyonu bulunan farklı kuşakların olması hastalıkta kalıtımın rolünün olduğunu ortaya koymaktadır (Akdemir ve Birol 2005, Karadakovan ve Aslan 2011).

1.4.3.Tuz

Aşırı sodyum alımı dünyada kardiyovasküler nedenlerle 1,7 milyon kişinin ölümünden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2014). Yapılan bir meta-analizi sonucunda; sodyum alımı azalmış bireylerde, istirahat halinde sistolik kan basıncında ve diyastolik kan basıncında azalma görülmüştür (He ve ark 2013). Sodyum genellikle sofra tuzu olarak yani sodyum klorür olarak alınır. Sofra tuzundaki klor sodyumun etkisini arttırarak kan basıncında yükselmeye neden olur (Badır 2010, Mancia ve ark 2013).

1.4.4. Obezite

Obezite ile ilişkili hipertansiyon mekanizmalarında, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu, sodyum retansiyonu, Renin-anjiyotensin-aldesteron sistemi, insülin direnci yer almaktadır (Kotchen 2010). Obezite; diyabet, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, inme, bazı kanserler, obstrüktif uyku apnesi ve osteoartrit riskini arttırmaktadır (Lim ve ark 2012). Hipertansiyon ve obezite arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmada beden kütle indeksi (BKİ) değeri 27 kg/m2'nin üzerinde olan kilolu bireylerin hipertansiyon risklerinin, kilolu olmayan bireylerden üç kat daha yüksek olduğu görülmüştür (Samur ve Yıldız 2008).

1.4.5. Fiziksel aktivite

Yetersiz fiziksel aktivite, küresel mortalite için 10 önemli risk faktörlerinden biridir ve her yıl dünyada 3,2 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (Lim ve ark 2012). Düzenli fiziksel aktivite enerji harcaması açısından önemli bir belirleyici ve enerji dengesi, kilo kontrolü ve obezitenin önlenmesinde önemli faktörlerdendir. Fiziksel aktivite yapmayan kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi yapanlara göre % 20-50 oranında daha fazladır. Haftada en az 4 defa hedef kalp hızının % 60-70'ine ulaşacak hızda 30 dakikalık tempolu yürüyüşler önerilmektedir (Badır 2010, WHO 2010, Robinson 2012).

1.4.6. Sigara

Sigara kullanımı, lipid profilinin bozulmasına, insülin direncinin artmasına, sol ventrikül kütlesinde artışa ve endotele bağımlı vazodilatasyonda azalmaya neden olarak kan basıncını artırmaktadır. Sigara doğrudan tüketime değil, aynı zamanda pasif içici olarak da önemli riskler arasındadır. Sigara kullanımı genel olarak; kadın ölümlerinin % 7 erkek ölümlerinin % 12'sinden sorumludur (WHO 2012, WHO 2013). Sigara içmek kan basıncında, bir sigaradan sonra 15 dakikadan uzun süre devam eden akut bir yükselmeye neden olmaktadır (Kaya ve ark 2009). Sağlık Bakanlığı (2010) verilerine göre ≥15 yaş yetişkinlerin % 31,2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir.

1.4.7. Alkol

Dünya çapında, 2012 yılında tüm ölümlerin ya da 3,3 milyon ölümün % 5,9'u alkol tüketiminden olduğu tahmin edilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet (% 33,4), kanserler (% 12,5) ve gastrointestinal hastalıklar, karaciğer sirozu (% 16,2) olmak üzere bu ölümlerin yarıdan fazlası alkol tüketiminden kaynaklandığı düşünülmektedir (WHO 2014). Eğer alkol kullanıyorlarsa günde erkekler için en fazla 20–30 g/gün etanol, kadınlar için en fazla 10–20 g/gün etanolden daha fazla miktar kullanmamaları gerekmektedir (Arıcı ve ark 2015).

1.5. Hipertansiyon Sınıflandırılması

Hipertansiyon kan basıncı düzeylerine, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığı ve etiyolojiye göre üç gruba ayrılmaktadır.

1.5.1.Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Avrupa Hipertansiyon ve Kardiyoloji Derneği tarafından (2013) yayınlanan kılavuza göre erişkinlerin kan basınçları optimal, normal, yüksek-normal ve hipertansiyon olarak dört dereceye ayrılmıştır. Buna ilave olarak, hipertansiyonda kan basıncı düzeylerine göre 3 evreye ayrılmıştır (ESH/ ESC 2013).

Çizelge 1.5.1. ESH- ESC 2013'e göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Kategori	Sistolik mm/hg		Diyastolik mm/Hg
Optimum	<120	Ve	<80
Normal	120-129	Ve /veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	Ve /veya	85-89
Evre 1 HT (hafif)	140-159	Ve /veya	90-99
Evre 2 HT (orta)	160-179	Ve /veya	100-109
Evre 3 HT (ağır)	≥180	Ve /veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	Ve	<90

Avrupa Hipertansiyon ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, ESH/ESC 2013

National Heart, Lung, and Blood Institute (2004), diğer kılavuzlardan farklı olarak 'prehipertansiyon' terimi kullanılmıştır (NHLBI 2004). Prehipertansiyon terimi, hipertansiyon için yüksek risk taşıyan hastaları belirlemek ve hipertansiyonun gelişmesini engellemek için gerekli önlemlerin alınması konusunda hem hasta hem de hekimi uyarmak için kullanılmaktadır.

1.5.2.Hedef Organ Hasarının Derecesine ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Kardiyovasküler hastalıklar için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de

alakalıdır (Açıkgöz 2014). Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir. ESH/ESC Kılavuzları, kardiyovasküler riski "düşük", "orta derece", "yüksek" ve "çok yüksek risk" olarak derecelendirmiştir (ESH/ESC 2013).

1.5.3. Etiyolojisine göre hipertansiyon sınıflaması

Hipertansiyonun %90'dan fazlasında kan basıncının yükselmesinden sorumlu etiyolojik faktörler halen bilinmemektedir (Mancia and Grassi 2009). Oluşum mekanizması bakımından iki çeşit hipertansiyon tanımlanmaktadır.

1.5.3.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon

Nedeni saptanamayan organik bir bulgu veya belirti olmadığı halde kan basıncı sürekli olarak normal değerlerinin üzerinde olup genetik faktörler, şehirlerde yaşama, beslenme alışkanlıkları, obezite, aşırı tuz alımı ve stres gibi faktörlerin etkin olduğu düşünülen hipertansiyon şeklidir. Hipertansif hastaların %90-95 gibi bir kısmı bu gruba girmektedir (Akdemir ve Birol 2005, Guyton ve Hall 2013). Esansiyel (birincil) hipertansiyon, genellikle 40-50'li yaşlarda ortaya çıkmakta ve ilaç tedavisinin yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilmektedir.

1.5.3.2.Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyon hastalarının, %5-10 gibi bir kısmı ise sekonder hipertansiyon kategorisindedir. Hipertansiyonun saptanan ve düzeltilebilen bir nedeni vardır. Renal nedenlere bağlı olarak gelişen hipertansiyonda piyelonefrit, glomerülonefrit, polikistik böbrek, amiloidoz ve arteosklerotik renal vasküler hastalıklar etiyolojik faktörler arasında yer alır (Akdemir ve Birol 2005, Badır 2010).

1.6. İlaç tedavisi

ESH/ESC 2007 ve 2013 kılavuzlarında; tedaviye başlamak için sistolik kan basıncı 140 mm/Hg'nın ve/veya diyastolik kan basıncı 90 mm/Hg'nın değerlerde tedavi önerilmektedir (ESH/ESC 2007, ESH/ESC 2013). Hipertansiyon da ilaç tedavisine başlanmada amaç; sistolik ve diyastolik kan basıncını normal değerlerde tutarak hastanın yaşam kalitesini artırmak, hipertansiyon nedeniyle gelişebilecek

morbidite ve mortalite riskini mümkün olduğunca azaltmaktır (Akdemir ve Birol 2005, ESH/ESC 2013).

Antihipertansif ilaç tedavisinde beş grup ilaçtan; diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerlerinden herhangi biri seçilebilir. Hastalarda ilaç tedavisine bu grupların herhangi biri ya da birkaçının birlikte kullanılmasıyla başlanılabilir. İlaç seçiminde, hastanın tıbbi öyküsü ve ilaca olan uyumluluğu dikkate alınır (Arıcı ve ark 2015).

2.Hipertansiyonda Tedaviye Uyum

Hipertansiyon tedavisinde amaç; kan basıncını normal değerlere getirerek kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (Ülger ve Cankurtaran 2008). Hipertansiyon tanısı almış bireylerde, morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek, hastalığa ve tedavi programına uyum ile sağlanabilir. Hipertansiyon, sağlıklı yaşamın devamı için farmakoterapi ve bağlılık gerektiren kronik bir hastalıktır. Tedavi sürecinde kan basıncının normal değerlere gelmesinde bireylerin uyumunu artırmak, başarının önemli etkenlerindendir (Hacıhasanoğlu 2009, Odusola ve ark 2014). Uyum; bireylerin hipertansiyon tedavisinde, sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda tedavi alma (Sezgin 2009), antihipertansif tedavide kan basıncı kontrolünü sağlama, reçete edilenleri onaylama ve uygulama (Treharne ve ark 2006), önerilen diyeti uygulama ve yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirme yönünden klinik önerilerle uyuşma durumudur (Hacıhasanoğlu 2009, Kousalya ve ark 2012). Hipertansiyon; uzun süreli tedavi gerektirdiği için, uyumsuzluk önemli bir problemdir. Uyumsuzluğun, çocuklardan yaşlılara kadar tüm hasta populasyonlarında görülen bir durum olduğu, akut hastaların kronik durumda olan hastalara göre daha fazla uyumlu olduğu bulunmuştur (Osterberg ve Blaschke 2005). Hipertansif bireylerde, reçete edilmeyen ilaçları kullanma, düzensiz ilaç kullanma, ilaç almayı unutma (Bağ 2011) veya yanlış zamanda ilaç alma, randevuları kaçırma, hekim- hasta arasındaki iletişim ve bu gibi diğer davranışlarda bulunma, uyumsuzluğun göstergelerindendir (Kalan 2010).

Hipertansiyon varlığının bilinmemesi ya da etkili tedavi edilmemesi nedeniyle bireyler önlenebilir ancak ölümcül olabilen çeşitli kalp hastalıkları,

iskemik ve hemorajik inme, damar hastalıkları, böbrek yetmezliği ve görme bozuklukları riskine sahiptirler (WHO 2013). Kentsel alanda yapılan ilaç bağlılık/uyum düzeyleri incelendiğinde; Li ve arkadaşları (2012) % 47,5, Saleem ve arkadaşları (2012) % 64,7, Mohammad ve arkadaşlarının (2015) % 50,5 olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında ilaç tedavisine uyumun % 15,8 ile % 86,8 arasında olduğu belirlenmiştir (Anadol 2008, Mert ve ark 2011, Dessie ve ark 2012, Gün 2012, Wang ve ark 2014, Al-Ramahi 2015, Kang ve ark 2015).

Dünyanın birçok kırsal bölgesinde; açlık, yoksulluk, salgın hastalıklar ve eğitimsizlik en üst seviyededir ve kırsal alanlarda ki; sağlık, eğitim, ulaşım, yetersiz alt yapı, tarım, güvenilmez su kaynakları gibi koşulların kötü olması kaliteli yaşam ve ilaca uyum için engel teşkil etmektedir (Planas ve ark 2016). Çin'de hipertansiyon tahmini prevalansı kentsel alanlarda % 38,6 ve kırsal alanlarda % 43'dir (Wang ve ark 2013). Nijerya'da hipertansiyon oranları; kırsal yerlerde % 19,3, yarı kentsel alanlar için % 36,6, kentsel yerlerde % 42 ve ülke genelinde % 12,4 ile % 34,8 değiştiği, Türkiye de bu oranlar kırsal alanda % 16,2, kentte % 11,3 ülke genelinde % 12,8 olarak belirlenmiştir (Ulasi ve ark 2011, Sağlık İstatistik Yıllığı 2013). Goldilocks ve Lewis (2007)'in Nikaragua 'da kırsal alanda, birinci basamak hastanede yaptığı çalışma sonucunda; yaygın yoksulluk, düşük eğitim seviyesi ve yetersiz sağlık imkanları ile devam eden sorunlara bağlı olarak hipertasiyonda farkındalık ve kontrol düzeyi düşük bulunmuştur. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) (2010) sonuçlarına göre; bireylerde hipertansiyon farkındalığı % 58,1 olarak bulunmuş, kentsel farkındalık oranı % 61,1, kırsal farkındalık oranı % 53,7 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ma (2015)'nın Çin'de kırsal alanda yapmış olduğu çalışma sonucunda ilaca uyum % 21,3, Kamran ve ark (2015)'nın kırsal alanda hipertansif hasta ile yapmış oldukları çalışma sonucunda ilaca uyum prevalansı % 24 bulunmuştur.

Sağlık davranışlarını etkileyen ve eğitim ile değiştirilebilen hazırlayıcı etmenler bilgi, tutum, uyum ve davranışlardır. Ancak kırsal topluluklarda algıları ve engelleri esas alınarak bireylere sağlıkta verilen eğitim, toplumun davranışlarını istenilen yönde ve kasıtlı olarak değiştirmeyi amaçlamaktadır. Geliştirilen eğitim programı; kırsal kesimde yaşayan halkı, sağlık konularında bilgilendirme, bireylerin

davranışlarını yönlendirirken içinde bulundukları duruma daha geniş bir görüş açısından bakmalarını sağlamak ve bunun sonunda sahip oldukları istenmedik tutumlarında istendik yönde değişimin olmasına yardımcı olması amacıyla önemlidir (Güçlü ve Uysal 2011, Kamran 2015).

2.1. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Hipertansiyon uzun süre belirtisiz seyredebilir ve bunu sonucunda ciddi komplikasyonlar yıllar sonra ortaya çıkabilir. Hastaların hipertansiyonun farkında olmaması (Düsing ve ark. 2006), maddi durum yetersizlikleri, yan etki yaşama korkusu, kendini iyi hissettiği durumlarda ilaç almaya gerek olmadığı düşüncesi, tuz ve alkol tüketiminin fazla olması (Hacıhasanoğlu 2009), hasta izlemlerinin yetersizliği (Sezgin 2009), tedavi şekli ve tedavinin kompleks olması (Koneru ve ark 2008), tavsiye edilen yaşam biçimi davranışlarına ve ilaç tedavisine yetersiz uyum, ilaç alımının unutulması (Vatansever 2011), hastalığın ve semptomların, psikolojik ve fonksiyonel kaybı (Bağ 2011) gibi hasta ve hastalığa ilişkin faktörler uyumsuzluk nedenleri arasında yer almaktadır.

Genellikle yüksek gelirli hizmete erişimin kolay olduğu ülkelerde, yapılan sistematik derleme sonuçları antihipertansif ilaç uyumsuzluğu için hasta ile ilgili ortak faktörlerin ilaç ve korku olduğu bulunmuştur (Marshall ve ark 2012, Khatib ve ark 2014). Eryonucu ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ilaç kullanmama nedenlerinin başında, kendilerini iyi hissetmeleri olduğu bulunmuştur. Karakut (2004)'un çalışması sonucunda; düzensiz ilaç kullanma nedenleri olarak unutkanlık, yalnızlık, yaşlılık, hareketsizlik ve maddi yetersizlikler olarak bildirilmiştir. Anadol (2008)'un hipertansif hastalarda yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların % 78 tedaviye uyumlu, % 22 ise uyumsuz olarak bulunmuştur. Tedaviye uyumsuzluk nedenleri olarak en çok hekim tarafından bilgilendirme eksikliği bulunmuştur. Gün (2012)'ün hipertansif hastalar üzerinde yaptığı çalışmada tedaviye uyumda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumun yanı sıra hastalık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitelerinin tedaviye uyumu etkilediği belirlenmiştir (Gün 2012). Yap ve arkadaşları (2015) yaşlı hastalarda ilaç uyumunu etkileyen faktörleri; ilaç, sağlık personeli, sağlık sistemi ve sosyo-ekonomik olarak sıralamıştır (Yap ve ark 2015). Tedaviye ilişkin faktörler; tedavinin uzun süreli olması, ilaçların yan etkileri, ilaçların pahalı olması (Burnier ve ark 2006) gibi zorluklar hastanın

tedaviye uyumunu azaltan etmenler olarak belirtilmektedir. Bu nedenle başarılı hipertansif tedavide, kan basıncının uzun dönemli kontrolü sağlamak için uygun tedavinin başlatılması, hastaların tedaviye katılımın sağlanması, yaşam tarzındaki değişikliklerin düzenlenmesi ve bunların sürdürülmesi en önemlisi düzenli ilaç alımın sağlanması sayılabilir.

2.2. İlaç Uyumunda Hemşirenin Sorumlulukları

Hasta eğitimi için çeşitli modeller adı altında teorik çerçevelerin etkili olabilmesi için, hipertansif bireylerin; eğitim durumları ve tedavi (Fongwa ve ark 2008, Odusola ve ark 2014) hakkındaki kültürel görüşleri, hasta merkezli ve bireylere uygun olması gerekmektedir. Hipertansif bireylerin, ilaç tedavisine uyumunda sağlık personeli önemli role sahiptir. Sağlık profesyonellerinin özgün yaklaşımlarıyla kurdukları uzun sureli ilişki ve iletişim bu hastalarda koruma ve izlem için önemlidir. Hemşireler hipertansiyon hastalarının, kan basıncını kontrol etme yöntemlerine ilişkin eğitimlere öncelik vermeli, tedavinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin mümkün olmadığı, kardiyovaküler risk faktörlerinin varlığı, zorunlu diyet, fiziksel egzersizin önemi, stres faktörlerinden uzak bir yaşamın varlığı vurgulanmalıdır. Bu faktörler esas alındığında, düzenli ilaç kullanma konusunda yapılacak eğitimler hastanın ilaç kullanımına uyumunu geliştirecektir (Dalak 2010, Hacıhasanoğlu ve ark 2011). Kontrol gruplu deneysel bir çalışmada hipertansif bireylere, sağlıklı yasam biçimi davranışları ve ilaca uyumu arttırmak için hemşireler tarafından verilen eğitim ve yapılan ev ziyaretleri sonucunda deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı, kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu, kontrol grubunda ise önemli bir değişikliğin olmadığı belirlenmiştir (Hacıhasanoglu ve Gözüm 2008). Hemşireler tarafından yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmek için yapılan başka bir çalışmada, hipertansif bireylere verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilaca uyumu arttırmaya yönelik eğitim sonrasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişiklik olduğu, hastaların tamamının ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullandıkları görülmüştür (Irmak ve ark 2007).

Hipertansiyon ilaç tedavisinde başarılı olabilmek için, yaşam tarzı değişikliklerini etkin bir şekilde uygulamak, ilaç tedavisine zamanında başlamak ve hastaların ilaç uyumunu sağlamak önemlidir. Kırsal alanda; algılanan fayda, yetersiz

imkânlar, eğitim durumları ve yaşam tarzı faktörleri göz önünde alınarak hemşirelerin, bireylerde hastalığı ve tedaviye uyumun önemi anlatılmalı, hastalar düzenli olarak kan basınçlarını izlemeleri konusunda cesaretlendirilmeli, hastalara ve ailelerine hastalık hakkında eğitim verilmelidir. Ayrıca, hastanın her kontrole geldiğinde ilaç tedavisi ve non-farmakolojik tedavisi değerlendirilmeli, özellikle tedavinin ilk aylarında, telefonla görüşülerek hastayı uyum konusunda farkındalık arttırma girişimlerinde bulunmalıdırlar. Hipertansiyon uzun süre belirtisiz seyredebilir ve bireylerde kalıcı hasarlara sebep olabilir. Bu yüzden bireyin evde de hastalığını yönetebilmesi, tansiyon ölçümlerini yapmaya teşvik edilmelidir (Anadol 2008, Hacıhasanoğlu ve ark 2009, Bekiroğlu 2011, Vatansever 2011, Tokem ve ark 2013, Kamran ve ark 2015).

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma; kırsal alanda hipertansiyon tanısı almış bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeylerinin ve bu düzeyin bazı sosyodemografik, sağlık ve hastalık özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacına yönelik olarak tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya İli Ilgın İlçesi Dr. Vefa Tanır Ilgın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Ilgın İlçesi 2013 yılına göre 27 876 erkek, 28 576 kadın olmak üzere toplam 56 452 nüfusa sahiptir. Yüzde olarak ise: % 49,38 erkek, % 50,62 kadındır. Araştırmanın yapıldığı Ilgın ilçesinde üç aile sağlığı merkezi, bir toplum sağlığı merkezi ve bir devlet hastanesi sağlık hizmeti vermektedir. Hastane 26 Ekim 2015 tarihinden itibaren yeni binasında hizmete başlamış, hastane 100 yatak kapasitesine sahip ve 26 hekim, 50 hemşire ve 10 ebe ile hizmet vermektedir. Bir adet kardiyoloji polikliniği ile hizmet vermekte ve bu poliklinikte bir doktor, bir sekreter, EFOR ve EKG hizmetleri için bir hemşire görev yapmaktadır. Polikliniğin yanında EKG (Elektrokardiyografi) ve EFOR (kardiyovasküler stres testi) odası yer almaktadır. Hemşire hasta eğitimine ilişkin herhangi bir uygulama yapmamaktadır. Sabah 08:00-12:00 saatleri arasında hasta muayenesi yapılmakta, öğleden sonra 13:00-17:00 saatleri arasında hekim tarafından tetkik sonuçları değerlendirilmektedir. Poliklinikte Ocak ayında ortalama 50 hastaya hizmet verilmiştir.

2.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya Ilgın Dr. Vefa Tanır Devlet hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Bilgisayar ortamında başvuran hastaların bilgilerinin sisteme işlenme sırasında başvurma nedeninin ilk tanı olarak girilmesi nedeniyle hipertansiyon tanısıyla başvuran hastaların gerçek sayısına ulaşılamamıştır.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında beklenen etki düzeyi orta (0,15), bağımsız değişken sayısı 19**,** güç düzeyi %90 ve önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 187 bulunmuştur (Cohen 2003). Anketi uygun

şekilde dolduran 235 birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yönteminden belirli bir kuruma başvuranların seçildiği gelişigüzel örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Tez önerisinin kabulünden sonra Aralık 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında veri toplanmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri

- 18 yaş ve üzeri olma,
- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı olması,

Araştırmaya alınmama ölçütleri

- İletişim problemi ve ya psikiyatrik tanısı bulunması

2.4.Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanan 22 soruluk "**Anket Formu",** hipertansiyon hastalarında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan "**İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği** " kullanılmıştır.

2.4.1.Anket Formu (Ek-A)

Anket formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması (Vatansever 2011, İçyeroğlu 2012, Kamran ve ark 2015, Kang ve ark 2015) sonrasında sosyo-demografik, sağlık/hastalık ile ilgili özellikleri tanımlamak amacıyla iki bölümden oluşturulmuştur. Anket formu hastaların sosyo-demografik durumu (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi), sağlık ve hastalık özellikleri (sigara ve alkol kullanımı, tanı alma yılı, kan basıncı, hipertansiyona eşlik eden hastalık durumu, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığa uyum, hipertansiyon tedavisi hakkında düşünce durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanma durumu, hipertansiyonun yan etkilerinin bilme durumu, hipertansiyon kontrol sıklığı, tansiyonunun ölçtürme sıklığı, hipertansiyona yönelik özel bir diyet ve egzersiz uygulama durumu) içeren sorulardan oluşmaktadır.

2.4.2.İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği (İBÖS) (Ek-B)

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği (İBÖS) Ogedegbe ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir. İBÖS hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkiliği belirlemek amacıyla kullanılmaktadır.

Hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansifleri düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan orijinal İBÖS 26 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkilik/güven düzeyini değerlendirmektedir. Örneğin 'İşte olduğunuzda ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden emin misiniz' ifadesini bireyin '1=Hiç emin değilim' , '2=Biraz eminim', '3=Çok eminim' yanıt seçeneklerinden biri ile değerlendirmesi istenmektedir. Bu anlamda ölçekten 26–78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi bireyin antihipertansif tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (Ogedegbe ve ark 2003).

İBÖS'ün Türkçeye uyarlanması 2005 yılında Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,92, ölçeğin madde toplam korelasyonu 0,26 ile 0,72 olarak bulunmuştur, açıklayıcı faktör analizine göre toplam varyansın % 66'sını açıklamaktadır (Gözüm ve Hacıhasanoğlu 2009). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

2.4.3 Veri Toplama Tekniği

Veriler araştırmacı tarafından polikliniğe gelen hipertansiyon tanısı alan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu yanıtlanma süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu uygun şekilde cevaplayan 250 bireye ulaşılmıştır, ancak 15 anket formu verileri eksik olduğu için istatistiğe dâhil edilmemiştir.

2.5. Değişkenler

2.5.1. Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik Özellikler

- Yaş
- Cinsiyet

- Medeni durum
- Eğitim durum
- Meslek
- Gelir durumu
- Birlikte yaşadığı kişiler

Sağlık / Hastalık Özellikleri

- Sigara ve alkol kullanma durumu
- Tanı alma yılı
- Kan basıncı (SKB/DKB)
- Hipertansiyona eşlik eden hastalık durumu
- Hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu
- Hastalığına uyum durumu
- Hipertansiyon tedavisi hakkında düşünce durumu
- Düzenli ilaç kullanma durumu
- Bilinçsiz/reçetesiz ilaç kullanma durumu
- Hipertansiyonun yan etkilerinin bilme durumu
- Hipertansiyon kontrol sıklığı
- Tansiyon ölçtürme sıklığı
- Hipertansiyona yönelik özel diyet uygulama durumu
- Hipertansiyona yönelik egzersiz uygulama durumu

Meslek, sigara ve alkol kullanma değişkenleri yeterli sayıya ulaşılmadığı için analizlere dahil edilmemiştir.

2.5.2. Bağımlı Değişkenler

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği.

2.6. Ön Uygulama

Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırma öncesi araştırmacı tarafından polikliniğe başvuran 10 hastaya anket soruları okunup cevaplamaları istenmiştir. Bütün sorular anlaşılır olduğu,

kapsam olarak da yeterli olduğu görülmüştür. Ön uygulamaya alınan hastaların verileri araştırma verilerine dahil edilmemiştir.

2.7. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde, SPSS 22 paket proğramı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile yapılmış ve normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlerin analizinde tek yönlü varyans analizi, t testi kullanılmıştır. Farklılığın tespit edilmesinde Tukey HSD testinden yararlanılmıştır. Veriler tabloda gösterilirken sayısal veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.8. Araştırmanın Etiği

Verilerin toplanması için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 22.12.2015 tarih ve 2015/81 karar sayısı ile yazılı etik izin (Bkz. Ek-C), araştırmanın yürütülebilmesi için Dr. Vefa Tanır Devlet Hastanesi Müdürlüğü'nden yazılı izni (Bkz. Ek-D), Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Anket Çalışma İzni (Bkz. Ek-E), İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanım izni (Bkz. Ek-F) alınmıştır. Çalışmaya katılacak olan bireylere araştırmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek-A).

3. BULGULAR

Bu bölümde kırsal alanda yaşayan hipertansif bireylerin sosyodemografik, sağlık/hastalık özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.1. Çalışmaya katılan hastaların bazı sosyodemografik özellikleri.

Yaş (Ort ±Sd)	**63,2±9,9**	
Cinsiyet	**Sayı**	**(%)**
Kadın	151	64,3
Erkek	84	35,7
Medeni Durum		
Evli	185	78,7
Bekar	50	21,3
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	83	35,3
Okur-Yazar	27	11,5
İlk-Orta Öğretim	112	47,7
Lise	11	4,7
Üniversite	2	0,8
Meslek		
Çalışmıyor	8	3,4
Ev Hanımı	140	59,6
Emekli	59	25,1
Memur	4	1,7
İşçi	4	1,7
Diğer	20	8,5
Gelir Durumu		
Kötü	26	11,1
Orta	160	68,1
İyi	49	20,8
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	26	11,0
Eşi İle	123	52,3
Eşi ve Çocukları ile	53	22,6
Çocukları ile	33	14,1
TOPLAM	**235**	100

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 63,2±9,9 olup, % 64,3'ü kadın ve % 78'7 si evlidir. Hastaların % 47,7'si ilkokul-ortaöğretim mezunu, % 59,6'sı ev hanımı, % 68,1'i algıladığı gelir durumunu orta olarak değerlendirmekte ve % 52,3'ü eşi ile birlikte yaşamaktadır (Çizelge 3.1)

Çizelge 3.2. Araştırmaya katılan hastaların bazı alışkanlıklarına göre dağılımı.

Sigara kullanma durumu (n:235)	**Sayı**	**%**
Evet	16	6,8
Hayır	180	76,6
Bıraktım	39	16,6
Evet ise adet (n:16) (ort ±sd)	11,5 ±5,7	
Diyet uygulama durumu		
Evet	110	46,8
Hayır	125	53,2
Nasıl diyet (n:110)		
Tuzsuz	93	39,7
Diyabetik	6	2,6
Tuzsuz+Diyabet	11	4,7
Egzersiz yapma durumu		
Evet	27	11,5
Hayır	208	88,5
TOPLAM	**235**	**100**

Hastaların % 76,6'sının sigara kullanmadığı, sigara kullananların ortalamasının 11,5±5,7 olduğu, % 53,2'sinin diyet uygulamadığı, diyet uygulayanların % 39,7'sinin tuzsuz diyet uyguladığı, % 88,5'inin egzersiz yapmadığı, egzersiz yapanların sadece yürüyüş yaptığı bulunmuştur (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Çalışmaya katılan hastaların bazı hastalık özellikleri.

Özellikler	**(ort ±sd)**	
Kaç yıldır hipertansiyon hastası	10,2±7,5	
Sistolik kan basıncı	135,0±20,5	
Diyastolik Kan Basıncı	81,6±12,0	
Tansiyona eşlik eden hastalık durumu	**Sayı**	**%**
Hayır	64	27,7
Evet	171	72,3
Evet ise (n:171)	**Evet**	**%**
Diyabet	92	39,2
KOAH	2	0,9
Kardiyovasküler Hastalıklar	44	18,2
DM+KOAH	9	3,8
Astım	13	5,5
DM+Kardiyovasküler Hastalıklar	11	4,4
Hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	132	55,7
Hayır	103	44,3
Eğitimi kimden aldığı (n:132)		
Doktor	107	45,4
Hemşire	13	5,5
Doktor+Hemşire	12	5,1
Hastalığa uyum sağlama durumu		
Evet	180	76,6
Hayır	55	23,4
Hastalığı hakkında düşüncesi		
Sürekli tedavi edilmelidir	116	49,4
Tansiyon normale dönünce tedavi bırakılabilir	19	8,1
Belirti ve yakınma kaybolunca tedavi kesilebilir	6	2,6
Tedavi gerekmez	4	1,7
Bilmiyorum	90	38,2
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Evet	210	89,4
Hayır	25	10,6
Hayır ise sebebi (n=25)		
Yaşlılığa bağlı unutkanlık	12	46,2
İlaç kullanmak istememek	5	19,2
Bilmiyorum	8	34,6
Reçetesiz bilinçsiz ilaç kullanma durumu		
Evet	146	62,1
Hayır	89	37,9

Çizelge 3.3(devam). Çalışmaya katılan hastaların bazı hastalık özellikleri.

Tansiyonun yan etkilerini bilme durumu		
Evet	76	32,3
Hayır	159	67,7
Evet ise (n=76)		
Felç	20	8,5
Baş dönmesi	33	14,0
Beyin kanaması	18	7,7
Uyuşma	3	1,3
Böbrek hastalıkları	2	0,5
Hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı		
Üç ayda bir kez	83	35,3
Altı ayda bir kez	48	20,4
Yılda bir kez	41	17,5
Diğer	63	26,9
Tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı		
Hergün	70	29,8
Haftada bir	43	18,3
Nadiren	42	17,9
Rahatsızlandıkça	67	28,5
Hiç	13	5,5
TOPLAM	**235**	**100**

Hastaların ortalama 10,2±7,5 yıldır hipertansiyon hastası olduğu, sistolik kan basıncı ortalamalarının 135,0±20,5, diyastolik kan basıncı ortalamalarının 81,6±12,0 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların % 72,3'ünün tansiyonuna eşlik eden başka bir kronik hastalığının olduğu (% 39,2 oranında diyabet), % 55,7'sinin hastalığı ile ilgili eğitim aldığı (% 45,4'ü doktor tarafından) % 76,6'sının hastalığa uyum sağladığı, % 49,4 ise hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Hastaların % 89,4'ü ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını (kullanmayanların %46,2'si yaşlılığa bağlı unutkanlık), % 62,1'i reçetesiz bilinçsiz ilaç kullandığını, % 67,7'si tansiyonun yan etkilerini bilmediğini (bilenlerin % 14,0'ü baş dönmesi), % 35,3'ü hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığının üç ayda bir kez yaptırdığı, % 29,8'i tansiyon ölçme/ölçtürtme sıklığının her gün olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.3). Araştırmaya katılan grubun ilaca uyum/uyum öz-etkililik puan ortalaması 61,6±10,9 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.4. Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamasının sosyodemografik özelliklere göre puan dağılımı.

	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği	**Test ve Önemlilik Puanı**
Yaş		
64 yaş ve altı	60,9±11,0	t=-1,302
65 yaş ve üstü	62,8±10,7	p=0,194
Cinsiyet		
Erkek	60,6±11,3	t=-1,246
Kadın	62,5±10,6	p=0,214
Medeni durum		
Evli	62,0±10,7	t=0,515
Bekar	61,1±11,6	p=0,607
Eğitim durumu		
Okuryazar değil/okur yazar	61,4±10,7	t=-0,531
İlkokul ve üstü	62,2±11,1	p=0,596
Meslek		
Çalışmıyor/ev hanımı	62,6±10,6	t=1,344
Çalışıyor/emekli	60,6±11,4	p=0,180
Gelir durumu		
Kötü/orta	61,8±10,8	t=0,023
İyi	61,8±11,2	p=0,982
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	67,3±8,3	F= 6,643
Eşim ve çocuklarımla	61,9±10,7	**p=0,002**
Çocuklarımla	57,1±11,8	

Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalamasının sosyodemografik özelliklere göre puan dağılımı değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Sadece birlikte yaşadığı kişiler değişkeninde ölçeğin toplam puanında anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan Tukey analizine göre farklılığın grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olduğu yalnız yaşayanların en yüksek, çocuklarıyla yaşayanların puan ortalamasının en düşük olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5. Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamasının bazı alışkanlık ve hastalık özelliklerine göre puan dağılımı.

	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği	**Test ve Önemlilik Puanı**
Tanı alma yılı		
1-9 yıl	62,0±10,7	F=0,245
10-19 yıl	61,3±10,9	p=0,783
20 yıl ve üstü	62,8±11,6	
Sistolik kan basıncı		
Normal	65,1±10,1	t=5,568
Anormal	57,6±10,4	**p=0,000**
Diyastolik kan basıncı		
Normal	64,6±10,3	t=4,847
Anormal	57,8±10,5	**p=0,000**
Tansiyona eşlik eden hastalık durumu		
Evet	62,6±10,9	t=1,775
Hayır	59,8±10,6	p=0,077
Hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	62,3±10,1	t=0,700
Hayır	61,3±11,8	p=0,485
Hastalığa uyum sağlama durumu		
Evet	62,3±10,5	t=1,309
Hayır	60,1±11,9	p=0,192
Hastalığı hakkında düşüncesi		
Sürekli tedavi edilmelidir	60,5±11,0	t=-1,783
Tansiyon normale dönünce tedavi bırakılabilir	63,1±10,7	p=0,076
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Evet	62,7±10,3	t= 3,564
Hayır	54,6±13,2	**p=0,000**
Reçetesiz bilinçsiz ilaç kullanma durumu		
Evet	60,7±11,0	t=-1,940
Hayır	63,6±10,5	p=0,054
Tansiyonun yan etkilerini bilme durumu		
Evet	59,7±11,9	t=-2,094
Hayır	62,8±10,3	**p=0,037**
Hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı		
Üç ayda bir kez	61,1±11,2	F=1,403 p=0,243
Altı ayda bir kez	62,3±11,3	
Yılda bir kez	64,7±9,6	
Diğer	60,5±10,8	

Çizelge 3.5(devam). Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamasının bazı alışkanlık ve hastalık özelliklerine göre puan dağılımı.

Tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı		
Hergün	64,8±10,8	
Haftada bir	57,9±10,2	F=3,559
Nadiren	59,3±10,1	**p=0,008**
Rahatsızlandıkça	62,7±11,4	
Hiç	62,0±8,7	
Diyet uygulama durumu		
Evet	62,6±10,2	t= 1,047
Hayır	61,1±11,5	p=0,296
Egzersiz yapma durumu		
Evet	59,0±12,5	t= -1,453
Hayır	62,2±10,6	p=0,148

Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamasının bazı alışkanlık ve hastalık özelliklerine göre puan dağılımı incelendiğinde; hastalık süresi, tansiyona eşlik eden hastalık durumu, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığa uyum sağlama durumu, hastalığı hakkında düşüncesi, reçetesiz bilinçsiz ilaç kullanma durumu, hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı, diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Sistolik kan basıncıcı, diyastolik kan basıncı, düzenli ilaç kullanma durumu, tansiyonun yan etkilerini bilme durumu, tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı değişkenlerinde ise ölçek puan ortalamasının farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Sistolik ve diyastolik kan basıncı normal olanların (65,1±10,1-64,6±10,3) anormal olanlara (57,6±10,4-57,8±10,5), düzenli ilaç kullananların (62,7±10,3) kullanmayanlara (54,6±13,2), tansiyonun yan etkilerini bilmeyenlerin (62,8±10,3) bilenlere (59,7±11,9) göre puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Tukey testine göre farklılık tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı hergün olanlardan (64,8±10,8) kaynaklanmaktadır, bu grubun puan ortalaması rahatsızlandıkça (62,7±11,4) ölçtüren ya da hiç (62,0±8,7) ölçtürmeyenlere göre benzer ancak haftada bir (57,9±10,2) ya da nadiren (59,3±10,1) ölçtürenlere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.5).

4. TARTIŞMA

Kırsal alanda, sağlık hizmeti gereksinimin gün geçtikçe artmasının nedenleri; nüfusun hızla yaşlanması, eğitim düzeyinin yetersiz olması, aktif genç nüfusun kent merkezlerine göç etmesi, davranışlarda geleneklerin baskın olması, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve konut sanitasyon eksikliği gibi faktörlere bağlanabilir (Wet ve ark 2016). Kırsal bölgede eğitim, ulaşım, sağlık gibi hizmetlerin yetersiz olması kronik hastalıklarda ilaç tedavisine olan uyumu etkilemektedir. Bu nedenle hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesi için ilaç tedavisine olan uyumun değerlendirilmesi sağlık profesyonellerine yol göstermesi açısından önemlidir.

Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Hipertansif hastaların sosyodemografik, sağlık/hastalık özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

4.2. Hipertansif hastaların tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik düzeyleri ile sosyodemografik ve sağlık/hastalık özellikleri ile tartışılması

4.1. Hipertansif Hastaların Sosyodemografik, Sağlık/Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan 235 hipertansif bireyin yaş ortalaması 63,2±9,9 bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.1). Robinson (2012)'un Afrikalı hipertansif hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 58,3±16,3; Busari ve ark (2014)'nın çalışmasında yaş ortalaması 61,5±15,1; Mohammad ve ark (2015)'ın çalışmasında 59,3±12,2; Plakas ve ark (2016)'nın çalışmasında 63,7±14,8. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri (2013) çalışma sonuçlarına göre 45-54 yaş grubunda her üç kişiden birisinin yüksek tansiyonu bulunduğu görülmüştür. Lawes ve ark'nın (2008) çalışmasında hipertansiyona bağlı gelişen etkilerin daha çok düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkelerde, 45–69 yaş grubunda görüldüğünü belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan bireylerin % 64,3'ü kadın ve % 78,7 si evlidir (Bkz. Çizelge 3.1). Yapılan diğer hipertansif çalışmalar incelendiğinde; Kang ve ark (2015)'ın çalışmasında % 56,1 kadın % 77,5'i evli; Mohammad ve ark (2015)'ın

çalışmasında bireylerin % 58,4 kadın % 81 evli; Wang ve ark (2014)'ın çalışma sonucunda kadın % 51,6 ve % 77,0 evli bulunmuştur. Türkiye'de 2013 yılında 15 yaş üstü cinsiyete göre nüfus oranına bakıldığında Konya da % 49,6 erkek % 50,3 kadın, % 67,4'ü evlidir. Ilgında bu oran % 49,3'ü erkek % 50,6'sı kadın % 70,4'ü evlidir. (TÜİK 2013). Türkiye'de (18 yaş üzeri) hipertansiyon prevalansı % 30,3, erkeklerde % 28,4 ve kadınlarda % 32,3 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre hipertansiyon sıklığı 40-49 yaş grubunda % 29,7, 50-59 yaş grubunda % 53,6, 60-69 yaş grubunda % 85,2 ve 80 yaş ve üzerinde % 76,3 olarak görülmüştür (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012). Çalışmada, kadınların oranının yüksek çıkması; ev hanımı olması, genetik yatkınlık ve menapozal değişikliklerin etkisiyle açıklanabilir.

Hipertansif hastaların diğer sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; % 47,7'si ilkokul-ortaöğretim mezunu, % 59,6'sı ev hanımı, % 68,1'i gelir durumunu orta olarak değerlendirmekte ve % 52,3'ü eşi ile birlikte yaşamaktadır (Bkz. Çizelge 3.1). Savaşan (2006)'ın çalışmasında % 48,9'unun ilkokul mezunu, % 90,2'si bir işte çalışmadığı, % 67,9'unun orta gelir durumuna sahip olduğu, % 41,0'ı eşi ve çocuklarıyla yaşadığı; Gün (2012)'ün çalışmasında hastaların; % 64,8'inin okuryazar- ilköğretim mezunu olduğu, % 33,3 nün emekli olduğu, % 98,8' nin bir sosyal güvenceye sahip olduğu; Lee ve ark (2013)'nın çalışmasında % 54 birincil eğitim eğitim aldığı, % 48,5 'i emekli/işsiz ve % 57'si gelir durumunu kötü olarak ifade etmişlerdir. Türkiye'de 2013 yılında 15 yaş üstü nüfus için okuma yazma bilenlerin (bilinmeyen hariç) % 95,3'dür. Konya ilinde ise bu oran % 3,5 ve % 96,5, ilkokul mezunu % 33,9'dur. Ilgında ilkokul mezunu oranı % 37,3'tür (TÜİK 2013). Çalışmada ilkokul-ortaöğretim mezun oranı ile TÜİK verileri paralellik göstermektedir. Çalışmamızın kırsal alanda yapılmış olması buna bağlı olarak; eğitim düzeyi düşük olması, gençlerin daha çok iş, eğitim için kentleri tercih etmesi ve diğer koşullar sebebiyle merkezde yaşamayı tercih ettikleri, bu yüzden yetişkinlerin kırsal alanda daha çok yalnız ya da eşi ile ikamet ettiği söylenebilir.

Hastaların % 76,6'sının sigara kullanmadığı, kullananların ortalamasının 11,5 ±5,7 olduğu, % 53,2'sinin diyet uygulamadığı, uygulayanların % 39,7'sinin tuzsuz diyet uyguladığı, % 88,5'inin egzersiz yapmadığı, yapanların sadece yürüyüş yaptığı bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.2). Vatansever (2011)'in çalışmasında hastaların %

80,9'u sigara kullanmadığı, % 21,3 diyete uymadığı, uygulayanların % 31,9'u tuzsuz diyet uyguladığı, % 52,1'i düzenli egzersiz yaptığı ve yürüyüşü tercih ettiği; İçyerlioğlu (2012)'nun çalışmasında, % 90 sigara kullanmadığı, % 29'u tuzsuz diyet yaptığı, % 80,9' egzersiz yapmadığı; Kamran ve ark (2015)'nın kırsal alanda yaptıkları çalışmada hipertansif ilaç tedavisi alanlarda % 72'inin sigara kullanmadığı, %34'ünün egzersiz yapmadığı bulunmuştur. Sigara, alkol, tuz gibi kötü alışkanlıkların hipertansiyona sebep olduğu bilinmektedir (WHO 2012, Lim ve ark 2012, WHO 2014). Kırsal toplumlarda; kişilerin yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıkları çoğu kez kültürlerinin bir parçası olduğu için sağlık eğitiminin toplumsal yanı ortaya çıkmaktadır. Çalışma sonuçların da görüldüğü gibi hastalığa rağmen sigara kullanılmaya devam edilmesi, önerilen diyet ve egzersize uyulmaması sağlık eğitimi çalışmaları yalnız birey düzeyinde değil, toplum düzeyinde de ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada hastaların hipertansiyon tanısı alma suresi ortalama 10,2±7,5 olduğu, sistolik kan basıncı ortalamalarının 135,0±20,5, diyastolik kan basıncı ortalamalarının 81,6±12,0 olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.3). Irmak ve ark (2007)'nın çalışmasında hipertansiyon tanısı alma suresi 4,3±4,9; Cingil ve ark (2009)'nın çalışmasında hipertansiyon tanısı alma suresi 6,3±5,7; Mohammad ve ark (2015)'ın çalışmasındada tanı alma süresinin 7,6 ± 6,6 yıl olduğu, sistolik kan basıncı ortalamalarının 139,4 ± 18,5 mm/Hg, diyastolik kan basıncı ortalamalarının 82,9 ± 9,4 olduğu; Aypak ve ark (2013)'nın çalışmasın da; hipertansiyon tanısı alma suresi 8 yıl olduğu, ortalama sistolik kan basıncı 137,9±18,3 mm/Hg ve ortalama diyastolik kan basıncı 84,8±10,7 mm/Hg; Ma (2015)'nın kırsal alanda hipertansif hastalar üzerinde yaptığı çalışmada 5,92 yıldır hipertansiyon hastası olduğu bulunmuştur. Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması (2012) sonuçlarına göre; katılımcıların ortalama sistolik kan basıncı 127,9±21,1 mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı ise 81.4±12.7 mm/Hg olarak bulunmuştur. Kan basıncının kontrol altında olmaması, komplikasyonları ve sağlık harcamalarını arttırdığı, kontrollü kan basıncının ise; bireylerin iyilik durumunun düzelmesine, ilaç tedavisine olan uyumun artmasına, iş gücü kaybının ve yakınmalarının azalmasına yardımcı olduğu bilinmektedir (Ünalan ve ark 2005). Bu sonuç; hastaların hipertansiyon deneyimi olmasına rağmen kan basıncı kontrolündeki sıkıntıyı göstermektedir.

Katılımcıların % 72,3'ünün tansiyonuna eşlik eden başka bir kronik hastalığının olduğu % 39,2'nin diyabet olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.3). Kentsel alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık oranının % 57,1 ile % 91,4 arasında değiştiği, var olan kronik hastalıklar arasında en yüksek % 25,2 ile % 72,1 oranda diyabet olduğu görülmüştür (Karabaş 2012, Karadağ ve ark 2012, Tokem ve ark 2013, Kumar ve ark 2014, Hedegaard ve ark 2015). Çalışma sonuçları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hipertansiyona eşlik eden hastalığın diyabet olması ise; glikoz intoleransı ve insülin direnci ile ilişkili olması, insülin'in; periferal dokularda glikoz alımını arttırmak için sempatik sinir sistemini aktive etmesi ve kardiyak debiyi arttırması ile açıklanmaktadır (Deedwania 2011). Hipertansiyonlu hastalarda insülin seviyeleri, arteriyel kan basıncı normal olan bireylerle karşılaştırıldığında hipertansif bireylerde sürekli olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Crawford 2010, Acelajada ve ark 2012, AHA/ ACC/ASH 2015). Hipertansiyonunda diyabete bağlı olarak sekonder olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Katılımcıların % 55,7'sinin hastalığı ile ilgili eğitim aldığı % 45,4'ü bu eğitimin doktor tarafından verildiğini belirtmiştir (Bkz. Çizelge 3.3). Çetin (2004)'in çalışmasında % 43,2'sinin hastalığı ile ilgili eğitim aldığı, % 71,2'si bu eğitimin basın-yayın araçlarını takip ederek aldığını; İçyeroğlu (2012)'nun çalışmasında hastaların % 33,6'sının eğitim aldığı; Mohammad ve ark (2015)'nın çalışmasında % 91,9'u doktorunuz hastalığınız hakkında açıklama yapar mı sorusuna evet cevabını vermişlerdir. Özellikle kırsal bölgede yaşayan insanların hastalıkları hakkında merak ettiklerini paylaşamamaları ya da kendilerini bu konuda aydınlatacak kişilere ulaşma olanaklarının yetersizliği nedeni ile konu hakkında sınırlı düzeyde bilgi edinebilmektedirler. Kırsal bölgede yaşayan bireylerin konuya ilişkin daha fazla bilgi ve danışmanlığa gereksinimi olduğu ve bu alanda hemşirelere düşen sorumluluğu göstermektedir. Hipertansiyon tedavi ve takibi bir ekip işidir. Bu ekipte yer alan doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerinin rolü hastaların yaşam tarzı, kan basıncını ve risk faktörlerinin belirlenmesi bu sonuçlara göre eğitim, danışmanlık ve izlem gibi uygulamaları yaparak, ilaç tedavisine olan uyumun sağlanmasıdır. Çalışmamız sonucunda hala ciddi bir kesimin eğitim almadığı bulunmuştur. Elde ettiğimiz bu sonuç aynı zamanda ülkemizde konuya ilişkin eğitimin kısıtlı olduğunu

göstermekte, bu nedenle hemşirelerin eğitim sıklığı ve sürekliliği sağlaması önemlidir.

Çalışmada katılımcıların % 76,6'sının hastalığa uyum sağladığını, % 49,4'ü ise hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu belirtmiştir (Bkz. Çizelge 3.3). Ülkeler arasında hipertansiyon tedavisine uyum oranları değerlendirildiğinde; Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada uyum % 47,0 (Khalil ve Elzubier 1997); Amerika Birleşik Devletleri'ndeki % 71,6 (Hyre ve ark 2007); Tayvan'da % 47,5 (Li ve ark 2012); Pakistan'da % 64,7 (Saleem ve ark 2012); Etiyopya'da % 35,4 (Dessie ve ark 2012) ve Filistin'de % 54,2 (Al-Ramahi 2015) olarak bulmuştur. Yapılan çalışmalar sonucunda ülkeler arası farklılığın; sağlık algısını değiştirebilecek olan kültürel faktörler, özbakım davranışları ve hastalığa verilen önem ile açıklanabilir. Kırsal alanda yapılan çalışmalarda uyum; Ma (2015)'nın çalışmasında % 21,3; Kamran ve ark (2015)'nın çalışmasında % 24 olarak bulunmuştur. Kırsal alanda yapılan bu çalışmalarda; sağlık hizmetlerine ulaşım, ekonomik kısıtlılıklar, ağır çalışma koşulları nedeniyle uyum oranları etkilenmiş olduğu, çalışmanın yapıldığı Ilgın bölgesinde bölgeye ait özelliklerden dolayı uyum puanının diğer kırsal alanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur bu nedenle kırsal alana ait yeni çalışmaların yapılması önemlidir.

Çalışmada hastaların %89,4'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandıkları, kullanmayanların % 46,2'sinin yaşlılığa bağlı unutkanlık nedeni ile kullanmadıkları bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.3). Yapılan diğer çalışmalar; ilacın yetersizliği (Özkara ve ark 2008), unutkanlık (Özbayram 2008), tansiyonu normal olduğunda ilacı almama, hastaların sürekli ilaç kullanması gerektiğini bilmemesi nedeniyle doz atladığı (Cingil ve ark 2009) gibi nedenlerle ilaçlarını düzenli almadıkları bulunmuştur. Genel olarak hastaların önerilen ilaç tedavisine uydukları uymama sebepleri olarak gösterilen nedenler yaşlılık, sosyo-ekonomik kısıtlılık olduğu görülmüştür. Hekim, hemşire gibi sağlığın önemli profesyonelleri tarafından verilen danışmanlığın; hasta motivasyonunu arttırma, kan basıncı takibinde, tedavi ve hastalığı hakkında bilgilere ulaşmada ilaç tedavisine olan uyumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada % 35,3'ü hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığının üç ayda bir kez yaptırdığı, % 29,8'i tansiyon ölçme/ölçtürtme sıklığının her gün olduğunu belirtmişlerdir (Bkz. Çizelge 3.3). Karabaş (2012)'ın çalışmasında % 46,9'unun yılda bir kez hekim kontrolüne gittiği; Aypak ve ark (2013)'nın çalışmasında hastaların kan basınçlarını % 17,7 her gün; Mert ve ark (2011)'nın çalışmasında tansiyon ölçme/ölçtürtme sıklığının % 35,2'si her gün olduğu ve % 83,5'inin tansiyon aletine sahip olduğu belirtilmiştir. Yabul (2011)'un Konya kent merkezinde, hipertansif hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışma sonucunda ayda birkaç kez ölçtürenlerin oranının % 21, haftada birkaç kez ölçtürenlerin oranının % 10 olduğu ve % 54,1'inin tansiyon aletine sahip olduğu belirtilmiştir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, (2008) sonuçlarına göre; % 32,2 'sinin kan basıncının hiç ölçülmediği, % 59,3'nün kan basıncı yüksekliğinden haberdar olmadığı, % 91,9'unun (kan basıncı <140/90 altında değil) kan basıncı kontrol altında olmadığı görülmüştür. Tansiyon kontrol sıklıkları, genel literatür bilgisinin aksine, il merkezine göre daha fazla bulunmuştur. Kırsal bölgede yapılan çalışma sonuçlarının arttırılması önerilebilir.

4.2. Hipertansif Hastaların Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Düzeyleri ile Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Özellikleri ile Tartışılması

Araştırmaya katılan grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 61,6±10,9 olarak bulunmuştur. Hacıhasanoğlu (2009)'nun çalışmasında ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 55,3±7,5, Vatansever (2011)'in çalışmasında 71,9±3,6 olarak bulunmuştur. Puan arttıkça ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyi de artmaktadır. Çalışmada ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik toplam puan ortalamasının sosyo-demografik özelliklere göre puan dağılımı değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Bkz. Çizelge 3.4).

Çalışma sonucunda yaş ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Bkz. Çizelge 3.4). Literatür incelemesinde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yaşın ilaç uyumu ile fark olmadığını gösteren çalışmalar olmakla beraber (Ergün ve ark 2002, Mert ve

ark 2011, Vatansever 2011, Karadağ ve ark 2012, Kumar ve ark 2014, Wang ve ark 2014, Adeseye ve Akintunde 2015, Kamran ve ark 2015, Ma 2015, Mohammad ve ark 2015) yapılan çalışmaların bazılarında artan yaşın uyumu geliştirdiğini bildirmiştir (Lee ve ark 2013, Mukora ve Chadambuka 2013). Çalışmadan farklı olarak, bazı çalışmalarda ileri yaşın, bazılarında ise genç yaşın ilaç uyumu açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Nagarkar ve ark 2013, Lee ve ark 2013, Hema ve Padmalatha 2014). Yaşın artmasına bağlı olarak kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, ilaç sayısında artış meydana gelmektedir. Bu durum hastaların ilaca uyumunu zorlaştırdığı düşünülsede 65 yaş ve üstü hastaların ilaç uyum puanı yüksek bulunmuştur.

Cinsiyet ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı, kadınların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek olduğu (Bkz. Çizelge 3.4), çalışmayı destekleyen nitelikte çalışmalar olmakla birlikte (Gohar ve ark 2008, Kumar ve ark 2014, Ma 2015, Kamran ve ark 2015), Hema ve Padmalatha (2014)'nın Hindistan'da hipertansif hastalar üzerinde yaptığı çalışma sonucunda cinsiyet ile ilaç uyumu arasında anlamlılık olduğu, bu farklılığın erkeklerden kaynaklandığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ilaç uyumu arasında benzerlik olmadığı görülürken (Gohar ve ark 2008, Kumar ve ark 2014, Ma 2015, Kamran ve ark 2015), ilaç uyumunun % 53,6 ile % 77,5 oranında erkeklerde daha yüksek olduğu, Ramli ve ark (2012) 'nın çalışmasında % 56,3 kadınların daha uyumlu olduğu görülmüştür. TURDEP-II araştırma sonuçlarına göre; hipertansiyon farkındalık oranı kadınlarda (%63) erkeklerden (%48) daha fazladır. Çalışma da anlamlılık bulunmamasına rağmen kadınların erkeklere göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet arasında ki uyum farklılıklarının yaşanılan bölge, yerleşim birimlerinde etnik, kültürel farklılıklar ve sosyal gruplar içerisinde gelişme farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda medeni durum ve eğitim durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Bkz. Çizelge 3.4). İlaca bağlılık/uyum öz-etkililik ve medeni durum arasında anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte (Mert ve ark 2011, Vatansever 2011, Karadağ ve ark 2012, Lee ve ark 2013, Nagarkar ve ark 2013, Kumar ve ark 2014, Hema ve Padmalatha 2014, Mohammad ve ark 2015), anlamlılık olduğunu gösteren

çalışmada mevcuttur (Gün 2012). Eğitim durumu ile ilgili olarak kent merkezinde yapılan çalışmalar (Wang ve ark 2014, Kang ve ark 2015) ile kırsal alanda yapılan çalışmalar (Ma 2015, Kamran ve ark 2015) çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Akgöl (2008) ,Gün (2012) ve Hema ve Padmalatha (2014) çalışmalarında eğitim durumları ile uyum puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bireylerin kendi sağlığına verdiği değer bireysel sorumluluk ile ilgili olduğu, medeni durumu ilaç uyumunu etkilemediği düşünülebilir. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin hastalıkları ile ilgili farkındalığının arttığı, sağlığı koruma ve geliştirmesine katkı sağladığı bilinmektedir. Genç nüfus okumak ya da çalışmak için kent merkezlerini tercih ettiği buna bağlı olarak kırsal alanda çoğunluğu yaşlı olan nüfusun eğitim durumu daha düşük görülmektedir. Çalışmada kırsal alanda hastaların çoğunluğunun ilkokul mezunu olması, iş yoğunluğunun fazla olmasına rağmen uyum puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışma sonucunda meslek ve gelir durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Bkz. Çizelge 3.4). Lee ve ark (2013)'nın çalışmasında mesleğin ilaç uyumunu etkilediği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durum ile ilaç uyumu arasında ilişki olmadığı görülmüştür (Mert ve ark 2011, Vatansever 2011, Karadağ ve ark 2012, Lee ve ark 2013, Kumar ve ark 2014, Kang ve ark 2015). Literatürde de, kötü sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi ve işsizlik ilaç bağlılık durumunu olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Saounatsou ve ark 2001). Meslek ile ilişkili olan sosyo-ekonomik durumun iyi olması; insanların yaşam kalitesinin artmasına dolayısıyla sağlığa olan ulaşılabilirliği arttırması beklenirken çalışmada meslek ve gelir durumu değişkenlerinde uyumu etkilemediği ve puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Birlikte yaşadığı kişiler değişkeninde ölçeğin toplam puanında anlamlılık tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 3.4). Yapılan Tukey analizine göre farklılığın grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olduğu yalnız yaşayanların en yüksek, çocuklarıyla yaşayanların puan ortalamasının en düşük olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.4). Ülkemizde yapılan kentsel çalışma sonuçlarında aile tipi ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken (Karadağ ve ark 2012, Açıkgöz 2014), bazı çalışmalarda (Nagarkar ve ark. 2013, Hema ve

Padmalatha 2014) ilaç uyumunu etkilediği görülmüştür. Aile desteğinin ilaç tedavisi ve uyumu olumlu yönde etkilediği (Özbayram 2008) bilinmektedir. Bu yüzden hastaların yanında değerli olduğunu hissettiren kişilerin varlığı, hastalık hakkında bilgilendirmesi, hastalığına yönelik sağlık sorunlarına destek olması ve tedavinin sürdürülmesi bu sürece olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmüşken çalışma bulgularımız literatürle uyumlu bulunmamıştır. Çocuklarıyla yaşayan bireylerde, aile desteği ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyinin etkilenip etkilenmediği diğer çalışmalarla araştırılmalıdır.

Hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamasının bazı sağlık ve hastalık özelliklerine göre puan dağılımı incelendiğinde; hastalık tanı alma yılı, tansiyona eşlik eden hastalık durumu, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığa uyum sağlama durumu, hastalığı hakkında düşüncesi, reçetesiz bilinçsiz ilaç kullanma durumu, hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı, diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.5).

Çalışmada hastalık tanı alma yılı ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bkz. Çizelge 3.5). Yapılan çalışma sonuçlarında tanı alma yılı ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Mert ve ark 2011, Karadağ ve ark 2012, İçyerlioğlu 2012, Adeseye ve Akintunde 2015, Ma 2015). Lee ve ark (2013)'nın çalışmasında tanı alma yılı ile ilaç uyumu arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Anadol'un (2008) çalışmasında bireylerin, hipertansiyon tanılarını beş yıldan daha kısa bir süre önce almaları; fiziksel, sosyal ve çevresel alanda, tedaviye uyumlu ve uyumsuz olanlar arasında fark olmadığı belirtilmiştir. Hipertansiyon tanı süresi literatürde sıkça ölçülen bir değişken değildir bu nedenle, daha önceki çalışmalardan elde edilen bulgularla bu değişkene ilişkin mevcut çalışma bulguları ile karşılaştırmak zordur. Toplum da kardiyovasküler yükü azaltmak ve uzun süreli hipertansiyon hastalarında ilaç bağlılık düzeyini artırmak için nitelikli sağlık eğitimleri verilmeli, ülkenin sosyal, sağlık ve teknolojik olanakları etkili kullanılmalı, hemşireler teşhis sürecinin ardından hastaları tedavilerine devamlılığı konularında uyarmalı ve tanı yılına bakılmaksızın eğitimler tekrarlanmalıdır.

Çalışmada tansiyona eşlik eden hastalık durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.5). Mert ve ark (2011), Vatansever (2011)'in çalışmalarında tansiyona eşlik eden hastalık durumu ile ilaç uyumu arasında farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda günde birden fazla ilaç kullanmanın ilaç uyumunu etkilemediği bulunmuştur (Aypak ve ark 2013, Nagarkar ve ark 2013, Ma 2015, Odusola ve ark 2015). Bu sonuçlar hastalarda sağlık davranışı kazandırmanın önemini göstermekte ve hipertansiyona eşlik eden hastalıkların kontrolüne yönelik kırsal alanda; etkili tedavi uygulamaları ile sağlığı geliştirici girişimler yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Tedaviye uyumu etkileyen faktörlerden biri olarak değerlendirilen hastalığı hakkında eğitim alma değişkeni ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.5). Hedegaard ve ark (2015)'nın çalışma sonucunda eğitim almanın ilaç tedavisinde uyumu etkilediği bulunmuştur. Leung ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hipertansiyon hastalarına verdikleri sağlık eğitimi sonrasında, bireylerin bilgi seviyelerinin arttığını, yaşam biçimi davranışlarının değiştiği belirtilmiştir. Sağlık alanında görev alan hemşirelerin hipertansiyon hastalarında; hipertansif ilaç kullanımına ilişkin sağlık eğitim programlarının hastalarda hastalığına ait uyumun geliştirilmesinde önemli olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmada hastalığa uyum sağlama durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.5). Kent merkezinde yapılan çalışmalar hastalığa uyumu zayıf olarak bildirmiştir (Ferdinand ve Nasser 2013, Qvarnstro'm ve ark 2013). İlaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinin kullanılmadığı diğer uyum ile ilgili bazı çalışmalarda ilaç tedavisine uyum gösterdiği bulunmuştur (Khalil ve Elzubier 1997, Hyre ve ark 2007, Vatansever 2011, Gün 2012, Lee ve ark 2013, Kang ve ark 2014, Mohammad ve ark 2015). Hastalığa uyum sağladığını düşünen hastalar ile düşünmeyen hastalar arasında puan farkının çok olmaması, hastaların kendi ifadelerine dayalı olarak yapıldığı için güvenilir bulunmamıştır.

Hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bkz. Çizelge 3.5). Kontrole

gitme sıklığının, tedaviye uyumu etkilediği bazı çalışmalarda kanıtlanırken (Akgül 2008, Arpacı ve ark 2008, Kumar ve ark 2014, Mohammad ve ark 2015), Gün (2012)'ün çalışmasında ilaç uyumunu etkilemediği görülmüştür. Bu duruma sebep olan önemli etkenlerden biri çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun; hastalığı ile bilgi almak ya da muayene olmak amacıyla değil yalnızca biten ilaçlarına rapor yazdırmak amacıyla polikliniğe başvurmaları olduğu düşünülmektedir.

Diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bkz. Çizelge 3.5). Aypak ve ark (2008) ile Odusola ve ark (2015)'nın çalışmalarında egzersiz değişkeninde ölçek puan ortalamasının farklılaştığı bulunurken diyette farklılık görülmemiştir. Mohammad ve ark (2015)'ın çalışmasında diyetin ilaç uyumunu etkilediği görülmüştür. Kamran ve ark (2015) kırsal hipertansif hastalarda yaptığı çalışmada diyet (yağ ve tuz kullanımını esas almıştır) ve egzersizin uyumu etkilediği belirtilmiştir. Hemşire tarafından önerilen diyet ve egzersize uyum eğitimlerinin hastalarda olumlu sağlık davranışların geliştirilmesinde önemli yeri vardır. Uyum konusunda sorumluluk hasta ve sağlık çalışanlarına aittir. Bu nedenle hemşirelerin hastalarda bireysel davranış kazanmalarında belirlenen hedeflere ulaşmasında rolü büyüktür. Bireylerin hastalıkları ile ilgili yaşam tarzı değişikleri yapmaları sağlıklarına verdikleri önemi göstermektedir.

Sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, düzenli ilaç kullanma durumu, tansiyonun yan etkilerini bilme durumu, tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı değişkenlerinde ise ölçek puan ortalamasının farklılaştığı belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 3.5). Sistolik ve diyastolik kan basıncı ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.5). Yurtdışında yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Hyre ve ark 2007, Morisky ve ark 2008, Adeseye ve Akintunde 2015, Kang ve ark 2015, Mohammad ve ark 2015, Odusola ve ark 2015). Kontrollü kan basıncı, hastalığın tedavisine yönelik güçlü bir motivasyon kaynağı oluştururken, kontrolsüz kan basıncı kötü sonuçlara sebep olarak bireyi umutsuz hale getirebilir. Kan basıncı normal olan bireylerin uyum puanlarının yüksek olması, ilaç tedavisine olan uyumun sağlık davranışlarına yansıyacağı düşünülmektedir.

Düzenli ilaç kullanma durumu ile hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.5). Karadağ ve ark (2012) çalışmasında farklılık bulunmazken, Aypak ve ark (2008) çalışmasında anlamlılık bulunmuştur. Hastalar yaşlılığa bağlı unutkanlık (% 46,2) ya da ilaç kullanmak istememe (% 19,2) nedeni ile ilaçlarını almadıkları belirlenmiştir. Bu durumda hastaların yeterli bilgilendirilmedikleri düşünülebilir. Kırsal alanda hipertansiyon hastalarının düzenli ilaç kullanımı daha kolay hale getirmek için; ilaçların yan etkileri, dozları, alternatif ilaçlar, klinik ziyaretlerin sıklığı, lojistik zorluklar, karşılaşılan toplumsal ve kültürel engellerin sebep olduğu olumsuzluklar için önlem alınması gerektiği düşünülmektedir. Hipertansiyonlu bireylerin % 67,7'si tansiyonun yan etkilerini bilmediği fakat çalışma sonucunda tansiyonun yan etkilerini bilme durumu ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı ortalaması arasında anlamlılık olduğu görülmüştür. (Bkz. Çizelge 3.5). İlacın yan etkilerini bilmenin ilaca karşı negatif tutum geliştirdiği bu nedenle ilaca bağlılık uyum ölçeği puanının daha düşük çıktığı düşünülmektedir. Kumar ve ark (2014)'nın çalışmasında yan etkilerini bilme durumu ile ölçek puan ortalamasının farklılaştığı görülmüştür. Çalışma sonucu ile literatürün farklılık göstermesinin nedeni uyumu değerlendirme yöntemlerinin farklı olması, kırsal alan da çalışılması, bölgede ki sağlık hizmeti gibi farklılıklara bağlı olabilir. Aynı zamanda çalışmada anlamlı bulunan değişkenlerin uyum puanını arttırdığı düşünülsede bu değişkenlerin hastalar tarafından doğru yönetilmesine bağlı olarak uyum puanının arttığıda unutulmamalıdır. Bu nedenle hipertansiyon yönetiminde başarılı olmada hastanın; verilen eğitim doğrultusunda kendi kan basıncı kontrolünü sağlaması, izlemesi ve tavsiye edilen yaşam biçimi değişikliklerini dikkate almasıyla mümkündür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar;

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 63,2±9,9 olup, % 64,3'ü kadın ve % 78'7 si evlidir. Hastaların %47,7'si ilkokul-ortaöğretim mezunu, % 59,6'sı ev hanımı, % 68,1'i algıladığı gelir durumunu orta olarak değerlendirmekte ve % 52,3'ü eşi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların % 76,6'sının sigara kullanmadığı, sigara kullananların ortalamasının 11,5±5,7 olduğu, % 53,2'sinin diyet uygulamadığı, diyet uygulayanların % 39,7'sinin tuzsuz diyet uyguladığı, % 88,5'inin egzersiz yapmadığı, egzersiz yapanların sadece yürüyüş yaptığı bulunmuştur.

Hastaların ortalama 10,2±7,5 yıldır hipertansiyon hastası olduğu, sistolik kan basıncı ortalamalarının 135,0±20,5, diyastolik kan basıncı ortalamalarının 81,6±12,0 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların % 72,3'ünün tansiyonuna eşlik eden başka bir kronik hastalığının olduğu (% 39,2 oranında diyabet), % 55,7'sinin hastalığı ile ilgili eğitim aldığı (% 45,4'ü doktor tarafından) % 76,6'sının hastalığa uyum sağladığı, % 49,4 ise hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Hastaların % 89,4'ü ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını (kullanmayanların % 46,2'si yaşlılığa bağlı unutkanlık), % 62,1'i reçetesiz bilinçsiz ilaç kullandığını, % 67,7'si tansiyonun yan etkilerini bilmediğini (bilenlerin % 14,0'ü baş dönmesi), % 35,3'ü hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığının üç ayda bir kez yaptırdığı, % 29,8'i tansiyon ölçme/ölçtürtme sıklığının her gün olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalamasının iyi düzeyde (61,6±10,9) olduğu çalışmada, sosyodemografik özelliklere göre puan dağılımı değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Sadece birlikte yaşadığı kişiler değişkeninde ölçeğin toplam puanında anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamasının bazı alışkanlık ve hastalık özelliklerine göre puan dağılımı incelendiğinde; hastalık süresi, tansiyona eşlik eden hastalık durumu, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığa uyum sağlama durumu, hastalığı hakkında düşüncesi, reçetesiz bilinçsiz ilaç kullanma durumu, hipertansiyon için hastaneye gitme sıklığı, diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Sistolik kan basıncıcı, diyastolik kan basıncı, düzenli ilaç kullanma durumu, tansiyonun yan etkilerini bilme durumu, tansiyon ölçme/ölçtürme sıklığı değişkenlerinde ise ölçek puan ortalamasının farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Sistolik ve diyastolik kan basıncı normal olanların (65,1±10,1-64,6±10,3) anormal olanlara (57,6±10,4-57,8±10,5), düzenli ilaç kullananların (62,7±10,3) kullanmayanlara (54,6±13,2), tansiyonun yan etkilerini bilmeyenlerin (62,8±10,3) bilenlere (59,7±11,9) göre puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kırsal alanda yaşayan, düzenli ilaç kullanmayan hastalara eğitim ve danışmanlığın uygun ve gerektiği kadar verilmesi,
- İlaç tedavisinde uyum sağlamak için kırsal alanda ki hemşirelerin; eğitim programlarını hastanın sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özelliklerini göz önünde bulundurularak hazırlanması,
- Hipertansiyonlu hastanın yaşadığı kişiler değişkeninin, ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyinin etkilenme durumunun diğer çalışmalarla araştırılması,
- Kırsal alanda yaşayan hipertansif bireylerin almış olduğu eğitim sonucunda davranış değişikliğinin yaşam boyu devamını sağlamak için hastanın belirli zaman aralıklarıyla takip edilmesi,
- Hemşire araştırmacıların yaptığı araştırmaların sahaya uyarlanması ve araştırma sonuçlarına yönelik hipertansiyonda tedavi politikalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

Açıkgöz KG, 2014. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Adeseye AA, Akintunde TS, 2015. Antihypertensive medications adherence among nigerian hypertensive subjects in a specialist clinic compared to a general outpatient clinic. Annals of Medical and Health Sciences Research, Vol 5, Issue 3

AHA/ ACC/ASH, 2015. Treatment Of Hypertension İn Patients With Coronary Artery Disease. A Scientific Statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. Journal Of The Amerıcan College Of Cardıology, May12.

Akdemir N, Birol L, 2005. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı genişletilmiş 2. Baskı. Ankara. s. 471-476 , 193–96

Akgül C, 2008. Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, ve ark, 2005. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens ,23,18, 17–23.

Altun B, Suleymanlar G, Utas C, ve ark, 2012. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: results from the CREDIT study. Kidney Blood Press Res,36, 36-46.

Al-Ramahi R, 2015. Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients. Journal of Epidemiology and Global Health, 5(2), 125-32.

American Heart Association, 2012. Executive summary: heart disease and stroke statistics- −2012 update : a report fromthe american heart association. Downloaded from http://circ.ahajournals.org/ by guest on September 21, 2012 Circulation;125,188-97

Anadol Z, 2008. Hipertansif hastalarda ilaç uyumu ve hastanın yaşamına etkileri. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimiliği Anabilim Dalı, Aydın.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, ve ark, 2015. Turkish hypertension consensus report. Arch Turk Soc Cardiol,43(4),402–409 doi, 10.5543/tkda.2015.16243

Aypak C, Önder Ö, Dicle M, Yıkılkan H, Tekin H, Görpelioğlu S, 2013. Evaluation of blood pressure control levels and treatment compliances of hypertensive patients. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal), 38 (2), 224-32.

Badır A, 2010. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Editörler; Prof. Dr. Ayfer Karadakovan, Prof. Dr Fatma Eti Aslan. Nobel kitapevi. Adana, s. 609-21.

Bekiroğlu T, 2011. Klasik Türk müziğinin hipertansiyon hastalarının kan basınçlarına ve anksiyete düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Busari OA, Rotimi O, Fasae AJ, Gabriel OE, Ayodele LM, Agboola SM, Adeoti AO, 2014. Prescribing pattern and utilization of antihypertensive drugs and blood pressure control in adult patients with systemic hypertension in a rural tertiary hospital in Nigeria. American Journal of Internal Medicine, 2,(6), 144-49.

Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A,2009. Evaluation of compliance and level of knowledge of patients with hypertension living in Karaman city center. Arch Turk Soc Cardiol, 37(8), 551-56.

Crawford MH, 2010. Kardiyoloji tanı ve tedavi, Çeviren:Erol Ç, Biberoğlu K, Atalar E. (Eds), 3. Baskı, Ankara, GüneĢ Tıp Kitabevleri Ltd. şti. s. 153-63.

Cohen, J, Cohen P, West SG, Aiken, LS. 2003. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd edition). Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Çetin İ, 2004. Esansiyel hipertansiyonlu erişkin bireylerin hastalıklarına ilişkin bilgileri ve tedaviye uyum durumları. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Dalak H, 2010. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Deedwania P, 2011. Hypertension, dyslipidemia, and insulin resistance in patients with diabetes mellitus or the cardiometabolic syndrome: benefits of vasodilating beta blockers. Clin Hypertens 13, 52-9.

Demirezen E, 2006. Türkiye ve Almanya‟da yaşayan antihipertansif ilaç kullanan Türklerde ilaç tedavisine uyum. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Dessie A, Asres G, Meseret S, Birhanu Z, 2012. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Public Health, 12(4), 282.

Erciyes Y, 2013. Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ, 1999. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 6, 4.

ESH/ESC, 2007. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği, Arş Suppl 3.

ESH/ ESC, 2013. TheTask Force for the management ofarterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension, 31, 1281–57.

Ferdinand KC, Nasser SA, 2013. A review of the efficacy and tolerability of combination amlodipine/valsartan in non-white patients with hypertension. Am J Cardiovasc Drugs,13, 301–13.

Fongwa MN, Evangelista LS, Hays RD, Martins DS, Elashoff D, Cowan MJ, Morisky DE, 2008. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. Vasc Health Risk Manag, 4,157–66.

Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GY, Jolly K, 2008. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. BMC Complement Altern Med, 8,4.doi: 10.1186/1472-6882-8-4.

Goldilocks N, Lewis J, 2007. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a rural Nicaraguan sample. Journal of Human Hypertension, 21, 815–17, http://dx.doi.org/10.1038/sj.jhh.1002225.

Gözüm S, Hacıhasanoğlu R, 2005. Hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum özetkiliği ölçeği' nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. 3. Uluslararası- 10 Ulusal Hemşirelik Kongresi, s.155, 7–10 Eylül, İzmir,

Guidelines Committee, 2007. European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens;25, 1751–62.

Guyton AC, Hall JE, 2013. Esansiyel hipertansiyon. In: Medical Physiology. Edi: Çavuşoğlu H, Yeğen B, Aydın Z, Alican İ. 12. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti, p. 223-226.

Güçlü S, Uysal M, 2011. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınlara verilen sağlık eğitimi programının yetişkin eğitimi açısından değerlendirilmesi. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. Sayı: 34, 133-45.

Gün Y, 2012. Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.

Hacıhasanoğlu R, 2009. Hipertansiyon da tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, (2), 167-72.

Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C, 2012. Validity of the turkish version of the medication adherenceself-efficacy scale-short form in hypertensive patients. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 12, 241-48.

Hacihasanoğlu R, Gozum S, 2011. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and bmı in a primary health care setting. J Clin Nurs; 20 (5-6), 692–05.

Hedegaard U, Hallas J, Ravn-Nielsen VL, Kjeldsen LJ, 2015. Process- and patient-reported outcomes of a multifaceted medication adherence intervention for hypertensive patients in secondary care. Research in Social and Administrative Pharmacy j, 1–17.

He FJ, Li J, Macgregor GA, 2013. Eff ect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev,(4),C04937. doi:10.1002/14651858. CD004937.pub2.

Hema K, Padmalatha P, 2014. Adherence to medication among hypertensive patients attending a tertiary care hospital in Guntur, Andhra Pradesh. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research; December: Vol.-4, Issue- 1, 451- 56.

Hyre AD, Krousel-Wood MA, Muntner P, Kawasaki L, DeSalvo KB, 2007. Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting. J Clin Hypertens (Greenwich), 9, 179-86.

Irmak Z, Düzöz TG, Bozyer İ, 2007. Effect of An Education Programme on the Lifestyle Change and Compliance to Drug Therapy of Hypertensive Patients. Journal of Hacettepe University School of Nursing, 39–47.

İçyeroğlu G, 2012. hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı, Elazığ.

Kalan I, 2010. Geriatrik hastalarda ilaç uyumu ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

Kamran A, Sadeghieh AS, Ahari S, Biria M, Malepour A, Heydari H, 2015. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. Annals of Medical and Health Sciences Research. Nov-Dec, 4, 6.

Kang DC, Tsang PM, Li W, Wang HX, Liu K, Griffiths SM, Wong M, 2015.Determinants of medication adherence and blood pressure controlamong hypertensive patients in hong kong: a cross-sectional study. International Journal of Cardiology,182, 250–57.

Karabaş D, 2012. Hipertansiyonlu hastalarda farklı vücut pozisyonları ve konuşmanın kan basıncı üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara üniversitesi, İstanbul.

Karadakovan A, Aslan F, 2011. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı. 2. Baskı, Adana; Nobel kitabevi, 2011, 585-602.

Karadağ E, Akkuş Y, Karatay G, 2012. Medıcatıon adherence self efficacy level of the hypertensıve patıents who applıed to a famıly health center. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 28 (3), 85-96.

Katagiri H, Yamada T, Oka Y, 2007. Adiposity and cardiovascular disorders: disturbance of the regulatory system consisting of humoral and neuronal signals. Circ Res,101, 27–39.

Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, Arıkan Ş ve Gökalp D, 2009. Hipertansiyon, obezite ve lipit metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, 9-49.

Khalil SA, Elzubier AG, 1997. Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk. Saudi Arabi. Journal of Hypertension, 15(5), 561-65.

Koneru S, Kocharla L, Higgins GC, Ware A, 2008. Adherence to medications ın systemic lupus erythematozus. journal of clinical rheumatology, 14,4, 195-201.

Kotchen TA, 2010. Obesity-related hypertension: epidemiology,pathophysiology, and clinical management. Am J Hypertens ,23,1170–8.

Kousalya K, Vasantha J, Ponnudura R, Sumitkumar G, Ramalakshmi S, Saranya S, 2012. Study on non-adherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. International Journal of Pharma and Bio Sciences, 3 (1), 102-09.

Kumar N, Unnikrishnan B, Thapar R, Mithra P, Kulkarni V, Holla R, Bhagawan D, Mehta I, 2014. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment among patients attending a tertiary care hospital in mangalore, south india. Int J Cur Res Rev,Vol 06 (10).

Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A, 2008. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet; 371(9623), 1513-18.

Lee GK, Wang HH, Liu KQ, Cheung Y, Morisky DE, Wong MC, 2013. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. PLoS One, 8, 62775.

Leung CM, Ho GKH, Foong M, ve ark, 2005. Small-group hypertension health education programme: a process outcome evaluation", Journal of Advanced Nursing, 52(6), 631-39.

Li WW, Kuo CT, Hwang SL, Hsu HT, 2012. Factors related to medication non-adherence for patients with hypertension in Taiwan. Journal of Clinical Nursing,21(13-14), 1816-24.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, ve ark, 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 ris factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990– 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012,380(9859),2224−60. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8.

Ma C, 2015. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. Applied Nursing Research.

Mancia G, Grassi G, 2009. Hipertansiyonun tanımı ve sınıflaması. hipertansiyon temelleri ve uygulama. Ed: Kozan Ö. 1. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, s.15-22.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, ve ark, 2013. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J,34, 2159–19.

Marchesi C1, Paradis P, Schiffrin EL, 2008. Role of the renin-angiotensin system in vascular inflammation. Trends Pharmacol Sci 29, 367-74.

Mert H, Özçakar H, Kuruoğlu E, 2011. A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension. Turk Aile Hek Derg, 15(1), 7-12. www.turkailehekderg.org.

Mohammad Y, Amal A, Sanaa A, Samar R, Salam Z, Wafa B, Zeid B,Mayssam, Maya E, Pascale S, 2015. Evaluation of edication adherence in lebanese hypertensive patients. Received 6 April 2015; Received İn Revised Form 21 May 2015, Accepted 9 July 2015.

Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, 2007. (Editörler) Türkiye'de sağlığa bakış (s, 45–71). Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.

Mukora-Mutseyekwa FN, Chadambuka EM, 2013. Drug adherence behavior among hypertensive out-patients at a tertiary health institution in Manicaland province, Zimbabwe, 2011. Patient Prefer Adherence, 7, p. 65-70.

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ, 2008. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich), 10, 348–54.

Nagarkar AM, Gadhave SA, Sharma I, Choure A, Morisky D, 2013. Factors influencing medication adherence among hypertensive patients in a tertiary care hospital, pune, maharashtra. National Journal of Community Medicine. Volume 4.Issue. www.njcmindia.org

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), 2004. Seventh report of the joint national comittee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. NIH Publication No, 04, 5230.

Norman MK, Ronald GV, 2010. Kaplan's clinical hypertension. tenth edition. lippincott williams & wilkins, chapter p.1-3.

Odusola AO, Nelissen H , Hendriks M, Schultsz C, ve ark 2015. How group-based cardiovascular health education affects treatment adherence and blood pressure control among ınsured hypertensive nigerians: a pre-test, post-test study. World Journal of Cardiovascular Diseases, 5, p. 181-98. Published Online July 2015 in SciRes.

Odusola, AO, Hendriks M, Schultsz C, Bolarinwa OA, Akande T, Osibogun A, ve ark, 2014 Perceptions of ınhibitors and facilitators for adhering to hypertension treatment among ınsured patients in rural nigeria: a qualitative study. BMC Health Services Research, 14, 624. http://dx.doi.org/10.1186/s12913-014-0624-z.

Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME, 2003. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive african-american patients.Journal of Clinical Epidemiology, 56, 520–29.

Okan A, 2010. Bolu valiliği yaşlı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.

Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Pharma D, Hill MN, 2005. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. J Gen Intern Med, 20, 219-25.

Onat A, Uğur M, Tuncer M, Ayhan E, Kaya Z, Küçükdurmaz Z, 2009. TEKHARF, Age at death in the Turkish Adult Risk Factor Study: temporal trend and regional distribution at 56,700 person-years' follow-up. [Article in Turkish] Türk Kardiyol Dern Arş,37, 155-60.

Osterberg L, Blaschke T, 2005. Adherence to Medication The New England Journal of Medicine, 353, 487-97.

Özbayram A, 2008. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Plakas S, Mastrogiannis D, Mantzorou M, Adamakidou T, Fouka G, Bouziou A, Tsiou C, Morisky DE, 2016. Validation of the 8-ıtem morisky medication adherence scale in chronically ıll ambulatory patients in rural Greece. Open Journal of Nursing, 6, 158-69.

Planas AJ, Greiner L, Greiner PA, 2016. Hypertension and related lifestyle factors among persons living in rural Nicaragua. Applied Nursing Research, 29, 43–46.

Ramli A, Ahmad NS, Paraidathathu T, 2012. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. Patient Prefer Adherence, 6, 613-22.

Robinson T, 2012. Hypertensıon belıefs and behavıors of afrıcan amerıcans ın selected cleveland publıc housıng. PhD Thesis, Kent State University College, Afrıca.

Sağlık Bakanlığı, 2008. Hipertansiyon ve egzersiz. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu. Ankara.

Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Awad GA, Atif M, ul Haq N, Aljadhey H, Farooqui M, 2012. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. BMC Public Health, 12(4), 318.

Samur G, Yıldız E, 2008. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / Hipertansiyon Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729 Şubat. Ankara.

Saounatsou M, Patsi O, Fasoi G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, et al, 2001. The influence of the hypertensive mpatient_s education in compliance with their medication. Public Health Nurs, 18, 436–42.

Savaşan A, 2006. Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve öz-bakım gücü ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Sezgin D, 2009. Romatizmal hastalıklarda hastalık modifiye edici ilaç tedavisi alan bireylerin tedaviye ilişkin algılarının uyuma etkisi. Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şengül S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, ve ark, 2011. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. Kidney Int Suppl,3, 326–31.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara. www.sagem.gov.tr Erişim Tarihi 21.10.2015.

The JNC 7, 2003. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA, 289, 2560-72.

Tilg H, Moschen AR, 2006. Adipocytokines: mediators linking adipose tissue, inflammation and immunity. Nat Rev Immunol,6,772–83.

Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M, 2013. Investigation of disease management of ındividuals with hypertension at home. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing;4(5), 30-40.

TÜİK, 2012.Demografik istatistikler, Ankara. http://www.turkstat.gov.tr.

TÜİK, 2013. Seçilmiş göstergelerle Konya. http://www.tuik.gov.tr E.T. 7.6.2016

Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, 2010. TURDEP-II sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. 15 Mart 2016.

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD), 2015. Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip klavuzu. http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm, Erişim tarihi: 8.11.2015.

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2, 2012. Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği. http://www.turkhipertansiyon.org/ppt/PatenT2.ppt E.T: 02.08.2016

Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği, 2008. http://turkiyenintansiyonu.com/haberler.php E.T. 20.02.2016.

Ulasi II, Ijoma CK, Onwubere BJC, Arodiwe E, Onodugo O, Okafor C, 2011. High prevalence and low awareness of hypertension in a market population in Enugu, Nigeria. Int J Hypertens.

Uyarel H, Türk Kardiyoloji Derneği, 2014. Güncel kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi. Hipertansiyon Haber Bülteni;1,1.

Ülger Z, Cankurtaran M, 2008. Yaşlı hastalarda hipertansiyon yaklaşım. Güncel İç Hastalıkları Dergisi;1, 49-62.

Ünalan P. Çifçili C, Uzuner A, Akman M, 2005. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. Türk Aile Hek Derg, 9 (4),153–58.

Vatansever Ö, 2011. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeylerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tez,, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı iç Hastalıkları Hemşireliği, Edirne.

Wang W, Lau Y, Loo A, Chow A, Thompson DR, 2014. Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. Heart & Lung 43, 278-83.

Wet H, Ramulondi M, Ngcobo ZN, 2016. The use of indigenous medicine for the treatment of hypertension by a rural community in northern Maputaland, South Africa. South African Journal of Botany,103,78–88.

World Health Organization, 2007. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: http:// www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/ Full%20text.pdf.

World Health Organization, 2010. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: http:// whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

World Health Organization, 2011. Global status report on noncommunicable diseases (2nd ed.). Geneva: WHO Press.

World Health Organization, 2012. Effect of reduced sodium intake on blood pressure, renal function, blood lipids and other potential adverse effects. Geneva:http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/79325/1/9789241504911_eng.pdf.

WHO global report, 2012. Mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; http:// www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/.

WHO, 2013.A global brief on hypertensıon, world health day.

World Health Organization, 2014.Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1.

World Health Organization, 2015. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. 2013. Available at: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en. Accessed February 1, E.T. 2 Şubat 2016.

Yabul C, 2011. Konya ilinde hipertansiyon prevalansı ve farkındalık. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya.

Yap AF, Kwan YH, Thirumoorthy T, 2015. Medication adherence in the elderly. Journal Of Clinical Gerontology & Geriatrics, 1-4.

Yıldız M, Küçükazman M, 2008 Hipertansiyon epidemiyolojisi, Güncel İç Hastalıkları Dergisi, 1, 1-3.

Yurdakul S, Aytekin S, 2010. Kadınlarda hipertansiyon. Arch Turk Soc Cardiol, 38(1) 25-31.

7. EKLER

Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri

Bu çalışma toplumda hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayında sizin adınız geçmeyecektir. Araştırma için size ücret ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenirliği açısından çok önemlidir. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacının Adı: Nur TEKE **Anket No:**

Ek-A Anket Formu

A.Sosyo-Demografik Özellikleri

1.Yaş:……

2.Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3.Medeni Durum: 1) Evli 2)Bekar/Dul

4. Eğitim Durumu:

1)Okur-yazar değil 2) Okur-Yazar 3)İlk-Orta Öğretim 4) Lise 5) Üniversite

5.Meslek:

1)Çalışmıyor 2) Ev Hanımı 3)Emekli

4)Memur 5) İşçi 6)Diğer……..

6. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1) Kötü 2) Orta 3) İyi

7. Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz:

1) Yalnız Yaşıyorum 2) Eşimle 3) Eşim ve Çocuklarımla

4) Çocuklarımla 5) Anne ve babamla 6) Diğer…….

B. SAĞLIK / HASTALIK ÖZELLİKLERİ

8.Sigara kullanıyor musunuz? (Ne sıklıkta ve miktarda kullandığınızı belirtiniz)

1) Evet…… 2) Hayır 3) Bıraktım …… yıl

9- Alkol kullanıyor musunuz? (Ne sıklıkta ve miktarda kullandığınızı belirtiniz)

1) Evet … 2) Hayır 3) Bıraktım……

10. Tanı alma yılı ……..?

11.Kan basıncı S/D:……..?

12. Mevcut hastalığınıza eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?

1) Evet …..…….. 2) Hayır

13. Hastalığınız ile ilgili olarak bir eğitim aldınız mı?

1)Evet ise kimden……. 2)Hayır……

14. Hastalığa uyum sağlayabildiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

15.Hipertansiyon tedavisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

1) Sürekli tedavi edilmelidir
2) Tansiyon normale dönünce tedavi bırakılabilir
3) Belirti ve yakınma kaybolunca tedavi kesilebilir
4) Tedavi gerekmez
5) Bilmiyorum
6) Diğer

16. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır ise nedeni açıklayınız ?.....

17.Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullandığınızda hayatınızda ciddi değişiklikler (zarar görme) yapabileceğini biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

18. Hipertansiyonun yan etkilerini biliyor musunuz?

1) Evet …….…….. 2) Hayır

19. Hipertansiyon kontrolünüzü ne sıklıkta sürdürüyorsunuz?

1) Üç ayda bir kez 2) Altı ayda bir kez 3) Yılda bir kez 4) Diğer

20. Tansiyonunuzu ne sıklıkla ölçüyor/ölçtürüyorsunuz?

1)Her gün 2)Haftada bir 3)Nadiren 4)Rahatsızlandıkça 5)Hiç

21. Hipertansiyona yönelik özel bir diyet uyguluyor musunuz?

1) Evet …… 2) Hayır

22. Hipertansiyona yönelik özel bir egzersiz programı uyguluyor musunuz?

1) Evet …… 2) Hayır

Ek-B İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği

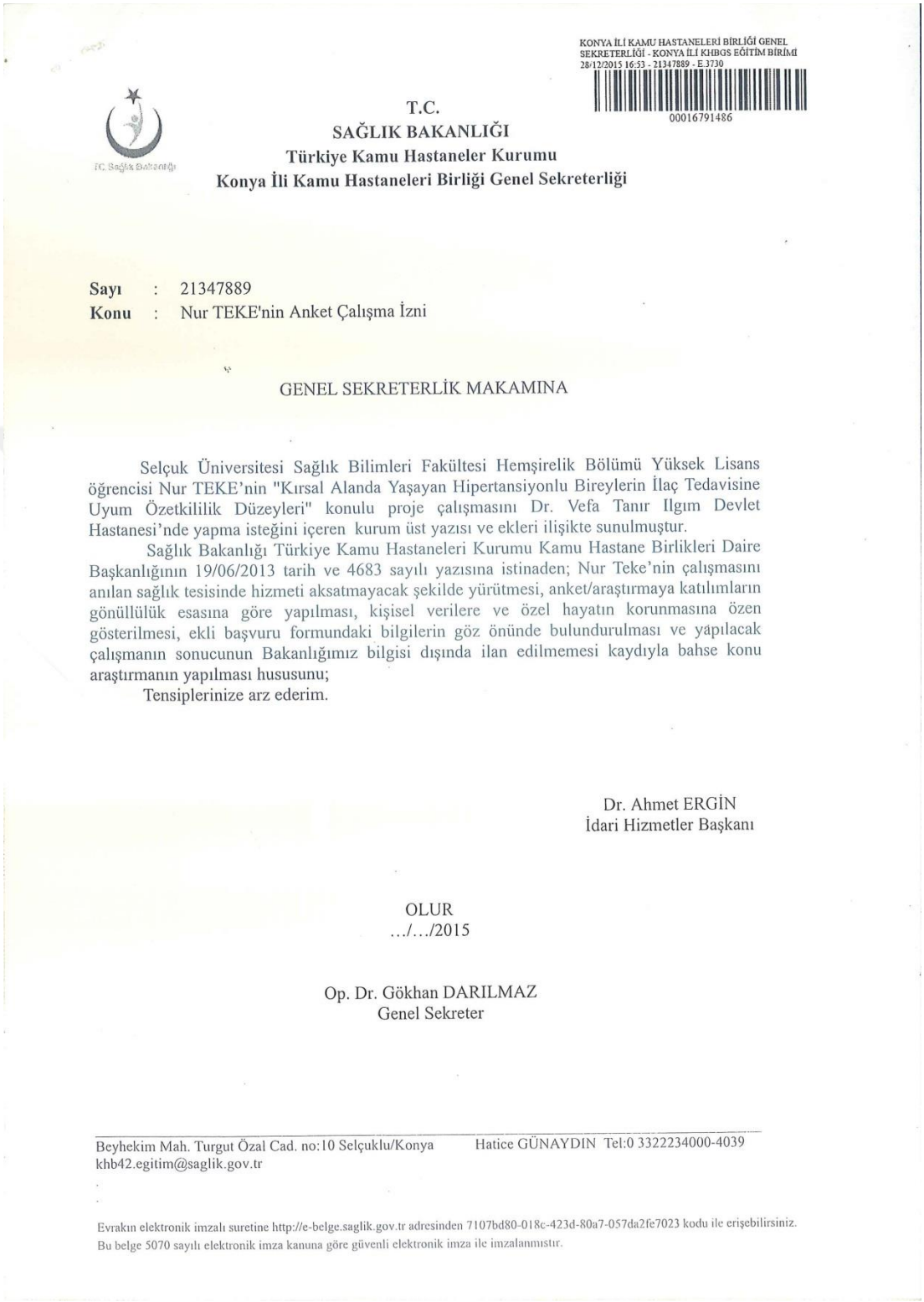
Tansiyon İlaçlarınızı Her Zaman Alabileceğinizden Ne Kadar Emin Olabilirsiniz

	Hiç Emin Değilim	**Biraz Eminim**	**Çok eminim**
1.Evde meşgul olduğunuzda			
2. İşte olduğunuzda/ev işi ile meşgul olduğunuzda			
3. Size hatırlatacak birisi olmadığında			
4. Bundan sonraki yaşamınızda ilaçları alma konusunda endişeye düştüğünüzde			
5. Yan etkisi olduğunu fark ettiğinizde			
6. Fiyatları çok yükseldiğinde			
7. İşten eve geç geldiğinizde/günlük işleriniz geç bittiğinde			
8. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde			
9. Ailenizle beraber olduğunuzda			
10. Topluma açık yerlerde bulunduğunuzda			
11. Bağımlılık yapabileceğinden korktuğunuzda			
12. Cinsel gücünüzü etkileyebileceğinden endişe ettiğinizde			
13. Öğünler arasında almanız gerektiğinde			
14. İhtiyacınız olmadığını hissettiğinizde			
15. Seyahatlerde			
16. Günde birden fazla almanız gerektiğinde			
17. Sizi bazen halsiz bitkin duruma düşürdüğünde			
18. Sizde baş dönmesine sebep olduğunda			
19. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde			
20. Kendinizi iyi hissettiğinizde			
21. Evde uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda			

Aşağıda Sıralanan İşlemleri Her Zaman Yapabileceğinizden Ne Kadar Emin Olabilirsiniz

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim
22. İlaçlarınız bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan			
23. Fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri yazdıracağınızdan			
24. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan			
25. Tansiyon ilaçları almayı daima hatırlayacağınızdan			
26. Tansiyon ilaçlarınızı hayatınız boyunca alacağınızdan			

Ek-E. Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Anket Çalışma İzni



KONYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - KONYA İLİ KHBGS EĞİTİM BİRİMİ
28/12/2015 16:53 - 21347889 - E.3730
00016791486

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 21347889
Konu : Nur TEKE'nin Anket Çalışma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Nur TEKE'nin "Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri" konulu proje çalışmasını Dr. Vefa Tanır Ilgım Devlet Hastanesi'nde yapma isteğini içeren kurum üst yazısı ve ekleri ilişikte sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığının 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazısına istinaden; Nur Teke'nin çalışmasını anılan sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekli başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla bahse konu araştırmanın yapılması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Ahmet ERGİN
İdari Hizmetler Başkanı

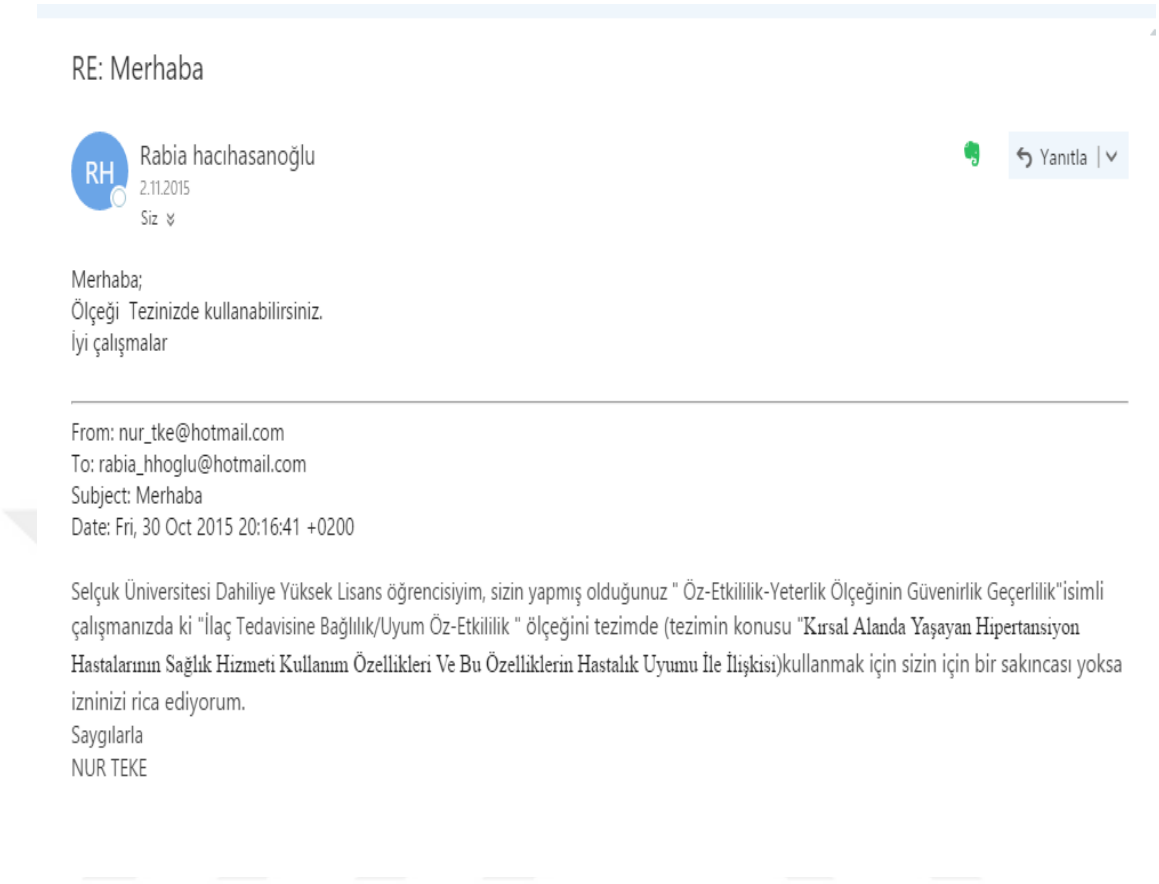
OLUR
.../.../2015

Op. Dr. Gökhan DARILMAZ
Genel Sekreter

Beyhekim Mah. Turgut Özal Cad. no:10 Selçuklu/Konya Hatice GÜNAYDIN Tel:0 3322234000-4039
khb42.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 7107bd80-018c-423d-80a7-057da2fe7023 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-F. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzin Belgesi



RE: Merhaba

RH Rabia hacıhasanoğlu
2.11.2015
Siz

Yanıtla

Merhaba;
Ölçeği Tezinizde kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

From: nur_tke@hotmail.com
To: rabia_hhoglu@hotmail.com
Subject: Merhaba
Date: Fri, 30 Oct 2015 20:16:41 +0200

Selçuk Üniversitesi Dahiliye Yüksek Lisans öğrencisiyim, sizin yapmış olduğunuz " Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Güvenirlik Geçerlilik"isimli çalışmanızda ki "İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik " ölçeğini tezimde (tezimin konusu "Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri Ve Bu Özelliklerin Hastalık Uyumu İle İlişkisi)kullanmak için sizin için bir sakıncası yoksa izninizi rica ediyorum.
Saygılarla
NUR TEKE

8. ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Konya'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 2009 yılında kazandığı Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde iki yıl okuduktan sonra yatay geçişle geçtiği Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesinde 2013 yılında bölüm birincisi olarak mezun oldu. Kasım 2013'de Dr. Vefa Tanır Devlet hastanesine atandı. 2014 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programını kazandı. Dr. Vefa Tanır Devlet hastanesinde dahiliye servis hemşiresi olarak görevine devam etmektedir.