



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİF HASTALARDA EĞİTİMİN İLAÇ VE TEDAVİYE OLAN UYUMA  
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Ahmet Emre HATIR

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2020



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİF HASTALARDA EĞİTİMİN İLAÇ VE TEDAVİYE OLAN UYUMA  
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Ahmet Emre HATIR

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA-2020

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bilimsel desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aynı zamanda manevi desteğiyle her daim yanımda olan tez danıőmanım Sayın hocam Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim süresince benim için her türlü çabayı sarf eden anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Ruđuően Kutlu'ya, eğitimim sürecinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatma Gökőin Cihan'a, asistanlık sürecinde her türlü yardımını sağlayan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a teşekkür ederim.

Tez konusunda, içeriğinde ve verileri toplama konusunda yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yakup Alsancak'a ayrıca teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan, gece gündüz çabalayan, beni bu günlere getiren; anneme, babama ve abime teşekkür ederim.

Dr. Ahmet Emre HATIR

KONYA-2020

## ÖZET

### HİPERTANSİF HASTALARDA EĞİTİMİN İLAÇ VE TEDAVİYE OLAN UYUMA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

**Amaç:** Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunu inceleyen çok sayıda çalışma olmasına rağmen, hastalara eğitim verilmesi ile sağlık çıktılarındaki değişimi inceleyen araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı; hipertansiyon tanısı almış hastalara ilaçlarını nasıl kullanacakları hakkında verilecek olan eğitimin hastaların ilaçlarını düzgün kullanımları, izlemleri ve tedaviye olan uyumları üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

**Gereç ve yöntem:** Bu çalışma; Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniği'nde hipertansiyon tanısı almış olan hastaların oluşturduğu, Aralık 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılan bir müdahale araştırmasıdır. İlk aşamada araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgiler ve hipertansiyon ile ilgili sorular, Revize İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği-Kısa Form (MASES-SF), Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği'ni (SAÖ) içeren anket formu kullanıldı. Hastalar sırayla eğitim verilen ve eğitim verilmeyen olacak şekilde çalışmaya dahil edildi. Eğitim ise çeşitli kılavuzlardan hazırlanan bilgilerle verildi. Üç ay sonra hastaların kan basıncı değerleri öğrenildi. Araştırmanın başlamasından altı ay sonra tüm hastalara çalışmanın başında uygulanan anket formu demografik verileri hariç olmak üzere tekrar uygulandı.

**Bulgular:** Çalışma 98 hasta üzerinden yapıldı ve 49 hastaya eğitim verildi. Eğitim verilen grupta, eğitim öncesi uygulanan ilaç uyumu ölçeklerinden MASES-SF ölçeğinin puan ortalaması;  $36,28 \pm 10,08$  puandan eğitim sonrasında  $40,65 \pm 8,57$  puana yükseldi ( $p < 0,001$ ). MMÖ bilgi düzeyi alt faktörü ortalama puanı eğitim öncesinde  $1,63 \pm 0,48$  puandan eğitim sonrasında  $1,79 \pm 0,40$  puana yükseldi ( $p = 0,021$ ), MMÖ motivasyon düzeyi alt faktörü ortalama puanı  $1,40 \pm 0,48$  iken eğitim sonrasında  $1,77 \pm 0,42$  puana yükseldi ( $p < 0,001$ ). Eğitim verilen grupta Sağlık Anksiyetesi puan ortalaması  $33,10 \pm 12,76$  puan iken eğitim sonrasında  $32,24 \pm 11,23$  puan oldu ( $p = 0,304$ ). Eğitim grubunda, altı aylık sistolik ve diyastolik kan basıncında anlamlı gerilemeler oldu (sırasıyla  $p = 0,003$  ve  $p = 0,022$ ). Kontrol grubunun ilaç uyumunda ve kan basınçlarında ise anlamlı bir değişiklik saptanmadı.

**Sonuç:** Bu çalışma, eğitim verilen hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunun arttığını, bilgi-motivasyon düzeyinin yükseldiğini ve sağlık algısının da arttığını göstermektedir. Bu durum hekimlerin hastalara verdiği eğitimin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Aile hekimleri başta olmak üzere, doktorların hastalarını bilgilendirmesi sonucunda kişilerin hastalığa karşı tutumları iyileştirilebilir, sağlık algıları artırılabilir ve doğal olarak hastalıktan en az zararla kurtulmaları sağlanabilir.

**Anahtar kelimeler:** Hipertansiyon, tedavi uyumu, anksiyete, aile hekimliği



## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF EDUCATION ON DRUG ADHERENCE AND TREATMENT FOR HYPERTENSIVE PATIENTS

**Aim:** Although there are many studies examining drug compliance in patients with hypertension, the number of studies examining the change in health outcomes by providing education to patients is quite limited. The aim of this study is to investigate the effect of the education to be given to patients diagnosed with hypertension on how to use their medicines on patients' proper use of drugs, their follow-up and compliance with treatment.

**Materials and Methods:** This study is an intervention study conducted between December 2019 and May 2020, in Konya Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Cardiology Outpatient Clinic and Family Medicine Outpatient Clinic. Sociodemographic information and questions about hypertension created by researchers at the first stage included Revised Drug Compliance Self-Efficacy Scale- Short Form (MASES-SF), Modified Morisky Drug Compliance Scale (MMMAS), Health Anxiety Scale and Health Perception Scale was used. Patients were enrolled in the study one by one, with and without education, and education was provided with information prepared from various guidelines. The blood pressure values of the patients were learned three months later. Six months after the start of the study, the questionnaire applied to all patients at the beginning of the study was reapplied, excluding demographic data.

**Results:** This study was carried out on 98 patients and half of them received education. In the educated group, the mean score of MASES-SF scale was increased from  $36,28 \pm 10,08$  points to  $40,65 \pm 8,57$  after education ( $p < 0.001$ ). The MMMAS knowledge level sub-factor was increased from an average of  $1,63 \pm 0,48$  points to  $1,79 \pm 0,40$  ( $p = 0.021$ ), and the mean score of the MMMAS motivation level was increased from an average of  $1,40 \pm 0,48$  points to  $1,77 \pm 0,42$  after education ( $p < 0.001$ ). While the mean score of Health Anxiety was  $33,10 \pm 12,76$  points in the educated group, it became  $32,24 \pm 11,23$  points after the education ( $p = 0.304$ ). In the educated group, there were significant decreases in systolic and diastolic blood pressure after six months ( $p = 0,003$  and  $p = 0,022$ , respectively). There was no significant change in the drug compliance and blood pressure of the control group.

**Conclusion:** This study showed that drug compliance increased, the knowledge-motivation level increased, and health perception increased in patients with education on hypertension. This situation reveals the importance of the education given by the physicians to the patients. As a result of informing by doctors, especially family physicians, people's attitudes towards to disease can be improved, their health perceptions can be increased, and also the possibility of getting rid of the disease with the least harm is possible.

**Keywords:** Hypertension, treatment compliance, anxiety, family medicine



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi .....	2
2.2. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma ve Özel Hipertansiyon Çeşitleri .....	3
2.3. Hipertansiyon Risk Faktörleri .....	4
2.4. Hipertansiyon Komplikasyonları .....	5
2.5. Kan Basıncı Ölçümü .....	6
2.7. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyumu .....	7
2.8. Hipertansif Bireylerde Eğitim .....	8
2.9. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu .....	9
2.10. Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Algısı .....	10
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	11
3.1. Araştırmanın Şekli .....	11
3.2. Araştırmanın Evreni .....	11
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	11
3.4. Çalışmaya alınmama kriterleri .....	12
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam.....	12
3.6. Veri Toplama Araçları .....	12
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	13
3.6.2. Revize İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği- Kısa Form (MASES-SF) .....	13
3.6.3. Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MMÖ) .....	14
3.6.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği .....	15
3.6.5. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....	15
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	15
4. BULGULAR .....	16
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇLAR .....	37
7. ÖNERİLER .....	39
8. KAYNAKLAR.....	39
9. EKLER .....	45

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

HT: Hipertansiyon

AHA: American Heart Association

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MASES-SF: Revize İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği- Kısa Form

MMÖ: Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği



## TABLÖLAR

Tablo 1. ESC 2018 Kılavuzu'na göre kan basınçlarının sınıflandırılması .....	3
Tablo 2. Ofis-ofis dışı kan basıncı ölçümüne göre hipertansiyon ve özel hipertansiyon çeşitleri .....	4
Tablo 3. Eğitim ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.....	18
Tablo 4. Eğitim ve kontrol grubunun hipertansiyon ile ilgili bilgileri .....	19
Tablo 5. MASES-SF Ölçeği ile kan basıncının ilişkisi .....	20
Tablo 6. Ölçeklerin ortalama puanlarının sosyodemografik özellikler ve hipertansiyon ile ilgili bilgilerle karşılaştırılması.....	23
Tablo 7. MMÖ alt faktörleri ortalama puanlarının sosyodemografik özellikler ve hipertansiyon ile ilgili bazı bilgilerle karşılaştırılması .....	26
Tablo 8. İlaç uyumu ölçekleri ile sağlık anksiyetesinin ve sağlık algısının karşılaştırılması.. .....	28
Tablo 9. Üç ay aralıklarla eğitim ve kontrol grubu hastalarının kan basıncındaki değişimin incelenmesi.....	29
Tablo 10. Eğitim ve kontrol grubu hastalarının altı aylık süreçteki kan basıncı değerleri ve kan tetkik sonuçlarının değişiminin incelenmesi .....	29
Tablo 11. Altı aylık süreçte MASES-SF, MMÖ, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeğinin eğitim ve kontrol gruplarındaki değişiminin incelenmesi.....	31

## 1. GİRİŞ

Hipertansiyon, diğer ismiyle yüksek kan basıncı dünyada en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tanısı konulan hastalar etkin tedaviye ulaşamayabilir ya da uzun dönemde hastalığı etkin bir şekilde kontrol altında tutamayabilir. Bu durumda; kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, inme ve böbrek yetmezliği gibi bir çok komplikasyonla karşı karşıya kalınabilir. Tedavi edilebilir bir hastalık olması ve koruma-izlem-etkin tedavi programına olumlu cevaplar vermesi bakımından önem arz eder. Erken ölüm, sakatlık ve hipertansiyon nedeniyle sağlık harcamaları aileler, topluluklar ve ulusal mali kaynaklar üzerinde belirgin bir yük bindirmektedir. Bu büyük yükten kurtulabilmenin önemli bir yolu hastaların ilaçlarını düzenli ve uygun bir şekilde kullanması ayrıca hastalığını iyi tanımasından geçmektedir (1,2,3).

İlaç uyumu, hastanın tıbbi talimatları takip etme derecesi şeklinde tanımlanmaktadır. Talimatlar ise hastanın tedavi sürecinde aktif bir işbirliğinin aksine pasif olarak bilgili bir uzmandan tavsiye alması anlamına gelir. Herhangi bir rejime bağlılık, bir tür davranışı yansıtır. Tıbbi yardım istemek, reçeteleri zamanında almak, ilaçları uygun şekilde kullanmak, aşıları takip etmek ve takiplere düzenli gitmek terapötik davranış örnekleridir. Ayrıca hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki ilişkinin (doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanları) her birinin yeteneklerinden faydalanan bir ortaklık olması gerekliliği vardır. Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Uyumluluk sorunları genel olarak sağlıkçılar tarafından göz ardı edilmiştir ve sonuç olarak çok az müdahale görülmüştür. Hipertansiyon bu sorunların farklı yönlerinin örneklerini sunmaktadır. İlaç uyumunun artırılması hasta güvenliğini de artırır ve kronik durumların etkin bir şekilde ele alınması için en iyi yatırım olabilir. Bu durumun oluşması için şüphesiz ki hekimlere büyük yük düşmektedir (4).

Hasta eğitiminin tıp alanındaki önemi son yıllarda giderek daha çok vurgulanmaktadır. Bu dikkat çekme, hasta-hekim ilişkisinde karar verici hekim konumundan paylaşılmış karar verme sürecine evrim, iletişim becerilerinin sağlık çıktılarına etkisi konusundaki farkındalık, kronik tıbbi problemleri olan hasta sayısındaki artışa karşın azalan sağlık ve bakım veren sayıları, hastaların kendi sağlıklarının farkındalığı ve tedavi sürecine katılımlarının hastalık yönetimine olumlu katkılarının olması, genel olarak söz edilen öğrenme ve belleğe kayıt mekanizmalarının hastalar için de geçerli olması gibi değişik faktörlerle açıklanabilir. Hasta eğitiminin etkinliğinde hasta,

hekim ve ortam etkili değişkenlerdir. Bir doktorun hastasına yeterli bilgi vermesinin kliniğin uygunluğu ve düzenli vizitlerle birlikte yüksek hasta memnuniyeti oluşturduğu gösterilmiştir (5). Hastaların mevcut sağlık sorunlarının doğasını ve gelecekteki nüksleri önlemek için ne yapabileceğini bilmelerinin bir hak olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Hastaların yapabildikleri ölçüde kendi bakımlarında aktif bir katılımcı olarak rol oynamaları için teşvik edilmelidir. Bunun oluşabilmesi için hastanın kendisini tanıması gereklidir (6).

Sağlık anksiyetesi, bireyin organik bir hastalığı olmamasına rağmen normal bedensel bulgu ve belirtileri hastalık olarak yorumlamasıdır. Sağlık anksiyetesinin iki önemli temeli olup bunlardan ilki ciddi bir hastalığın olduğu düşüncesi, ikincisi ise ciddi hastalıkların kötü sonuçlar yarattığına inanmadır (7,8). Sağlık algısı ya da algılanan sağlık durumu, bireyin kendi sağlığı hakkındaki düşüncesidir ve subjektiftir. Kronik bir hastalığı olmasına rağmen kendini sağlıklı algılayanlar olduğu gibi nesnel hastalık kanıtı olmamasına rağmen kendini ölümcül hasta görenler olabilir (9,10).

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi**

Hipertansiyon erken semptom göstermeyen bir hastalık olduğundan dolayı genellikle 'sessiz katil' olarak bilinir (11). Hipertansiyon; doktor tarafından yapılan, tekrarlayan ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde olması ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. Hastaların kan basıncının sürekli yüksek seyretmesi sonucu birden çok klinik belirti görülmektedir. Sistemik bir hastalık olması ve bir çok organı etkileyip önemli komplikasyonlara yol açması nedeniyle hipertansiyona bağlı ölüm oranları artmaktadır. Bu durum hipertansiyonla mücadele edilmesini, hastaların takip altında tutulmasını ve bu sayede halk sağlığının yükünün azalmasını sağlayabilmektedir (3,12).

Dünyada hipertansiyon prevalansı ve bu hastalığa bağlı ölümler artmaktadır. 2010 yılında, 1,04 milyarı düşük ve orta gelirli ülkeler ve 349 milyonu yüksek gelirli ülkeler olmak üzere, dünya çapında yaklaşık 1,39 milyar yetişkin hipertansiyon hastası olduğu tahmin edilmektedir (13). Türkiye'de 2012 yılında yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasına göre erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 ve toplamda %30,3 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, 2003-2012 yılları arasında hipertansiyon prevalansında anlamlı bir

değişiklik olmamıştır (%31,8-%30,3) (14). Yakın dönemde yapılan TEKHARF-2017 çalışmasında 40 yaş ve üzerinde, erkeklerde hipertansiyon prevalansı %53,4 iken, kadınlarda %63,5 olarak hesaplanmıştır (15).

Hipertansiyon, küresel hastalık yükünün önde gelen nedenlerinden biridir. Yüksek kan basıncı bir milyardan fazla kişiyi etkiler ve yılda tahmini 9,4 milyon ölüme neden olur (16). Dünya üzerinde her sekiz ölümün birinden sorumlu olmakla birlikte en ölümcül üçüncü hastalıktır (4).

Hipertansiyonun artan prevalansı nüfus artışı, yaşlanma, sağlıksız diyet, obezite, alkol ve sigara kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği ve strese maruz kalma gibi durumlara atfedilebilir (1).

## 2.2. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma ve Özel Hipertansiyon Çeşitleri

Klinik uygulamalarda kan basıncı kesme değerleri, tanı ve tedaviyle ilgili kararları basitleştirmek için pragmatik nedenlerle kullanılır. Belirlenen bu değerler Tablo 1’de gösterilmiştir (12).

**Tablo 1. ESC 2018 Kılavuzu’na göre kan basınçlarının sınıflandırılması**

	SKB* (mmHg) DKB** (mmHg)	
<b>İdeal</b>	<120	ve <80
<b>Normal</b>	120-129	ve/veya 80-84
<b>Yüksek Normal</b>	130-139	ve/veya 85-89
<b>Evre 1 Hipertansiyon</b>	140-159	ve/veya 90-99
<b>Evre 2 Hipertansiyon</b>	160-179	ve/veya 100-109
<b>Evre 3 Hipertansiyon</b>	≥ 180	ve/veya ≥ 110
<b>İzole Sistolik Hipertansiyon</b>	≥ 140	ve <90

\*SKB: Sistolik kan basıncı, \*\*DKB: Diyastolik kan basıncı

1984 yılında Tom Pickering ve arkadaşları bazı hastaların tedavi almamasına rağmen klinikte yüksek kan basıncının ölçüldüğünü ve evde bu hastaların normal olarak ölçüm yaptığını tespit etmiş ve ilk kez ‘beyaz önlük hipertansiyonu’ terimini ortaya atmışlardır (17). Beyaz önlük hipertansiyonu; klinikte sistolik kan basıncının ≥140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥90 mmHg olması, evde sistolik kan basıncının <135 mmHg ve diyastolik kan basıncının <85 mmHg olarak tanımlanmıştır (18). Hipertansiyon teşhisi için güncel öneriler, “beyaz önlük etkisi” ile ilişkilendirilebilen kan basıncı

yüksekliğinin sıklıkla klinikte gerçekleştirilen manuel kan basıncı ölçüm kayıtları ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (19).

Myers; beyaz önlük etkisinden yola çıkarak rutin klinik uygulamada cıva tansiyon aleti gibi cihazlarla hipertansiyonu tanımlamak için kesme noktası araştırmaya dayalı 140/90 mmHg değil 150/95 mmHg olabileceğini öne sürmüştür. Klinikteki bu yanlış ölçümlere çözüm olarak 24 saatlik ayaktan kan basıncı izleme ve ev kan basıncı gibi hastane dışı ölçümlerin yapılmasını önermiştir (19).

Maskeli hipertansiyon ise evde sistolik kan basıncının  $\geq 135$  mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının  $\geq 85$  mmHg olması, klinikte sistolik kan basıncının  $< 140$  mmHg ve diyastolik kan basıncının  $< 90$  mmHg olarak tanımlanmıştır (20).

2017 Amerika Birleşik Devletleri kılavuzları kan basıncının optimal değerlendirilmesinde ve tedaviye karar vermede kan basıncı ölçümlerinin klinik dışında yapılmasını önermiştir. Bu nedenle, doktorlar güncel bilgilerle hem tedavi edilmeyen hem de tedavi edilen hastalarda beyaz önlük ve maskelenmiş hipertansiyonu tanımlamaya ve ofis dışı kan basıncı ölçümlerine dayalı tedavi kararları vermeye teşvik edilmektedir (18).

Tablo 2’de kan basıncı ölçüm sonuçlarına göre özel hipertansiyon çeşitleri özetlenmiştir (2).

**Tablo 2. Ofis-ofis dışı kan basıncı ölçümüne göre hipertansiyon ve özel hipertansiyon çeşitleri (TEMD\*)**

Ofis Dışı Kan Basıncı ölçümü	Ofis Kan Basıncı Ölçümü	
	$< 140/90$ mmHg	$\geq 140/90$ mmHg
EKBÖ* $< 130/80$ mmHg AKBÖ** $< 130/80$ mmHg	Normal Kan Basıncı	Beyaz önlük Hipertansiyonu
EKBÖ $\geq 130/80$ mmHg AKBÖ $\geq 130/80$ mmHg	Maskeli Hipertansiyon	Hipertansiyon

\*TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu’na göre hazırlanmıştır.

\*\*EKBÖ: Evde kan basıncı ölçümü, \*\*\*AKBÖ: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü

### 2.3. Hipertansiyon Risk Faktörleri

Birçok risk faktörü bu önemli hastalığın gelişimine katkıda bulunmaktadır.

Hastaların bu riskleri bilmesi ve gerekli önlemleri alması gereklidir. Bireylerin bu faktörleri iyi tanıyıp sağlıklı bir yaşam sürmesi ile hipertansiyon ilaçlarından göreceği faydanın da artması beklenebilir. Hastalara verilecek eğitim sayesinde bu farkındalık artırılabilir (21). Risk faktörlerinin başında tütün kullanımı, obezite, yüksek kolesterol ve diyabet hastalığının komorbiditesi gelmektedir. Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olmak; ayrıca ailede hipertansiyon öyküsü olması da önemli risk faktörleri arasındadır. Yeterince fiziksel aktivite yapmamakta ayrı bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), haftada beş kez günde en az 30 dakika fiziksel aktivite önermektedir. Tütün kullanımı hipertansiyonu olanlarda komplikasyon riskini artırır. Küresel obezite prevalansı 1980'den bu yana yaklaşık iki katına çıkması da bir çok hastalık gibi hipertansiyonun prevalansını da artırmıştır (22, 23).

Bilimsel araştırmalar, tuz tüketimindeki hafif bir azalmanın hipertansiyonlu insanlarda ve normal tansiyonlu insanlarda, tüm yaş gruplarında ve tüm etnik gruplarda kan basıncını düşürdüğünü göstermiştir, bununla birlikte kan basıncındaki azalma oranında değişiklikler vardır. Çeşitli araştırmalar, tuz tüketiminin azaltılmasının dünya çapında kalp hastalığı ve felci azaltmak için halk sağlığı açısından en uygun maliyetli müdahalelerden biri olduğunu göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü, yetişkinlerin iki gramdan daha az sodyum veya günde en fazla beş gram tuz tüketmelerini önermektedir (22,24).

Hipertansiyon ve diğer risk faktörlerinin erken saptanması ve tedavisi ile davranışsal risk faktörlerine maruz kalmayı azaltan halk sağlığı politikaları, son yıllarda yüksek gelirli ülkelerde kalp hastalığı ve felç nedeniyle ölüm oranlarında kademeli düşüşe katkıda bulunmuştur (22, 23).

#### **2.4. Hipertansiyon Komplikasyonları**

Hipertansiyonun komplikasyonları; kan basıncının sürekli yüksek seyretmesine bağlı olarak, vasküler yapı ve kalpteki değişikliklerle veya uzun süredir hipertansiyon ile ilişkili aterosklerozla açıklanmaktadır. Etkili tedavinin amacı yüksek seyreden kan basıncı seviyelerini düşürmek ve uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte komplikasyon riskini en az seviyelere indirmektir (11). Hekim tarafından sağlanan tedaviye hastanın uyum göstermesi, yetersiz ilaç uyumu sonucu karşılaşılabileceği riskleri bilmesi bu hastalığın komplikasyonlarını kontrol altında tutulmasını sağlayabilmektedir (21).

Yüksek kan basıncı, yaklaşık 10 milyon ölüm ve 200 milyonun üzerinde kişide komplikasyon oluşturarak 2015 yılında erken ölümün önde gelen etkenlerinden biriydi.

Son 30 yıldaki tanı ve tedavideki önemli ilerlemelere rağmen, hipertansiyona bağlı komplikasyonlar 1990'dan bu yana %40 oranında artmıştır. Kronik böbrek hastalığı (hipertansif nefropati) ile hipertansif retinopati, bu hastalığa bağlı ölüm ve sakatlık yükünün büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca; miyokard enfarktüsü, sol ventrikül hipertrofisi, konjestif kalp yetmezliği, anevrizma ve inme bu sessiz katilin en önemli komplikasyonlarından. Sistolik kan basıncının yüksek seyretmesine bağlı ölümlerin çoğunluğu iskemik kalp hastalığı, hemorajik ve iskemik inme nedeniyledir (25).

Kalp bypass ameliyatı, karotid arter ameliyatı ve diyaliz gibi hipertansiyonun komplikasyonları oldukça maliyetlidir ve bu hastalığın kontrol altında tutulması ile bu yükten kurtulabilinir (22).

## **2.5. Kan Basıncı Ölçümü**

Hipertansiyon hastalarını sınıflandırmak, yüksek kan basıncına bağlı riskleri tespit etmek ve uygun tedaviye karar verip ilacın dozunu belirleyebilmek için doğru kan basıncı ölçümü gereklidir (26). Doğru ve güvenilir kan basıncı ölçümü için bazı önemli noktalar şunlardır:

-Kişiler; bir sandalyede sessiz bir şekilde, ayakları yerde olacak ve kolları kalp seviyesinde desteklenecek şekilde, en az beş dakika oturmalıdır.

-Ölçümden en az 30 dakika önce kafein ve sigara içmekten kaçınılmalı ayrıca egzersiz yapılmamalıdır.

-Uygun boyutta bir manşet (kolun en az %80'ini çevreleyecek şekilde) kullanılmalıdır (27).

-Hastaların ilk muayenedeki kan basıncı ölçümleri her iki koldan yapılmalı, kan basıncı hangi kolda yüksek ise o değer baz alınmalıdır. Takiplerde yapılan ölçümlerde daha çok sağ kol tercih edilmelidir (23).

## **2.6. Hipertansiyon Tanısı**

Hipertansiyon tanısı koymak için tek bir yüksek tansiyon okuması yeterli değildir. Bu kuralın ana istisnaları, özellikle 'hipertansif acil (emergency)' durumlarda görülen yaşamı tehdit eden son (end) organ hasarını kesin olarak kanıtlayan hipertansif durumlar veya kan basıncının 220/125 mmHg'den yüksek olduğu ancak hayatı tehdit eden end organ hasarının olmadığı 'hipertansif urgency' durumlarıdır. Acil olmayan daha az ciddi vakalarda, hipertansiyon tanısı bir dizi kan basıncı ölçümüne bağlıdır, çünkü ölçümler

yapıldığı zamana göre değişebilir ve zamanla normal kan basıncı aralığına doğru gerileme eğilimi gösterebilir. İlk ölçülen kan basıncı hipertansif aralıkta olan hastaların, sonraki ölçümlerinde normal aralıklara gelmesi muhtemeldir (28).

## 2.7. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyumu

İlaç uyumu, hastanın hekim tarafından başlanan tedaviyi ne kadar takip edebildiğini göstermektedir. Uyumsuzluk ise hastanın tanıya ve ilaca ihtiyacı olduğuna inanmadığında ortaya çıkmaktadır. Hastaların ilaçlarını hergün eksiksiz bir şekilde devamlı almasını beklemek çok mantıklı değildir. Önemli olan sonuçtur. Örnek olarak, hipertansif hastaların ilaç dozlarını yıllar boyu eksiksiz kullanmasından ziyade, kan basıncının kontrol altına alınması yani olumlu sonuç almak önemlidir. İlaç uyumunu belirlemek oldukça zor bir kavram olmakla birlikte sosyodemografik değişkenlerle veya psikolojik faktörlerle ilgili olmadığı düşünülmektedir (29).

Kronik bir hastalık olması ve doğası gereği ilaçla kontrol altına alınabilmesinden dolayı hastaların ilaçlarını hekimin önerdiği şekilde kullanması fazlasıyla önem arz etmektedir. Hipertansiyon hastalarındaki kötü ilaç uyumuna neden olan bazı faktörler:

- Hastalığın asemptomatik seyretmesi ve hastalığın hayat boyu devam etmesi
- Yaş ve eğitim gibi sosyodemografik faktörler
- Hastanın hipertansiyon anlayışı ve algısı
- Kompleks antihipertansif ilaç uygulamaları
- Hastalar ve sağlık uzmanları arasındaki ilişkiler
- Sağlık sisteminin etkileri
- Hekimin tedaviyi uygulama şeklidir (4).

Hipertansif hastaların kan basıncı değerlerinin normal kabul edilen aralıkların dışına çıkmasına ve kontrolünün bozulmasına neden olan birçok faktör vardır. Uygun olmayan bir antihipertansif ajan seçilmesi bu duruma yol açabilmektedir. Farmakolojik ajanların seçenekleri arttıkça uygun olan ilaç seçimi giderek daha karmaşık hale gelmektedir. Morbidite ve mortaliteye faydaları, yan etki profili, maliyeti ve uygulama kolaylığı gibi diğer değişkenler dikkate alınmalıdır. İlaç tedavisine uyulmaması etkinliğin azalmasına neden olabilir. Tek başına hipertansiyon, kronik ve asemptomatik bir hastalık olması sebebiyle hastaların yaşam boyu ilaçla uyumlu olması için sürekli takviye ve eğitim gereklidir. Son olarak, hekim tarafından yetersiz tedavi yönetimi ve yetersiz takip yapılması hastaların kan basıncı kontrolü sağlayamamasına yol açabilmektedir (30).

Bu zorlu süreçte hastanın sorumluluğu kadar hekimlere de düşen önemli görevler vardır. Hipertansif hastaların kendi hastalığıyla ilgili bilinçlenmesi, hastalığını iyi tanınması, aldığı tedavinin farkında olması ile hasta-hekim arasındaki ilişki birbiriyle bağımlı olaylardır. Hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklarda ilaç uyumunu iyileştirmenin önemli bir yolu, hastanın doktoruna ve diğer sağlık personeline olan güvenini arttırmaktır. Bununla birlikte daha etkin bir strateji, hasta-hekim iletişiminin kalitesini geliştirmeye odaklanmaktır, böylece herhangi bir hastalık durumunda veya hastanın aklına takılan herhangi bir durumda doktor ile hastanın iletişime geçmesi sağlanabilir ve sorunlar ele alınıp hastanın bilinçsiz bir şekilde ilacı kesmesinin ya da dozunu değiştirmesinin önüne geçilebilir (4,31).

Hekimler hipertansiyonu olan hastalarını takip etmeli ve düşük ilaç uyumu olanlardan haberdar olmalıdır. Hastanın tedavi programına daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olmak amacıyla hastalara yapıcı ve yargılayıcı olmayan bir şekilde nasıl danışmanlık yapılacağı konusunda eğitim almalıdırlar. Hekimler, akılcı bir antihipertansif ilaç seçimi yapmak için eğitilmelidir. Seçilen ilaç; mevcut, uygun fiyatlı, basit bir doz rejimine sahip olmalı ve ideal olarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilememelidir. Mümkün olan her durumda, hastalara kendi kan basınçlarını ölçmeleri ve izlemeleri ve kendi ilaç uyumlarını değerlendirmeleri öğretilmelidir. Hastalar ilaçlarını akılcı olarak kullanmaları için kan basıncını korumanın önemini anlamalıdır. Ayrıca kaçırılan dozlarla nasıl başa çıkılacağını, olumsuz olaylar ve stres gibi durumlar meydana geldiğinde ne yapacaklarını öğrenmeleri gerekmektedir (4).

Türkiye'de 2003 ile 2012 yıllarında yapılan iki araştırmayı (Patent 1- Patent 2) karşılaştıran bir çalışmada; hipertansiyon farkındalığı, tedavisi ve kontrol oranlarının on yıl içinde iyileştiği görülmüştür. Hastaların hipertansiyon tanılarının farkındalığı 2003'te %40,7 iken 2012 yılında %54,7 olmuş ve bu oran önemli miktarda yükselmiştir. Farmakolojik tedavi oranı 2003'te %31,1 iken 2012'de %47,4'e yükselmiş ve tedavi edilen hastalarda hipertansiyon kontrol oranı 2003'te %20,7 iken 2012'de %53,9 olmuş, önemli ölçüde yükselmiştir (14).

## **2.8. Hipertansif Bireylerde Eğitim**

Hasta eğitim programlarının amacı, bireylerin kendilerine daha iyi bakma becerilerini geliştirecek yeni bilgi, tutum ve davranışlar edinmelerine yardımcı olmaktır. Böylece sağlık durumları korunarak tekrar hasta olmalarının önüne geçilebilir

amaçlanmaktadır. Hasta eğitimine verilen önem, ülke çapında koruyucu sağlık ve bakım ihtiyacının bilinciyle artmıştır. Eğitim sağlandığında, birçok hastanın medikal tedavisini daha iyi yönetebilmesi ve hastalığı daha iyi takip edebilmesi muhtemeldir. Bilinçli ve eğitilmiş bir hastanın, hastaneye tekrar tekrar başvuruları azaltılabilir ve hastanelerin yükleri önemli bir ölçüde azaltılabilir (6).

Hasta eğitim teknikleri, bireysel öğrenme teorilerini temel alan tekniklere dayanmaktadır. Bireysel eğitimde hasta eğitimi için broşür ve video izleme kullanılan teknikler arasındadır. En yaygın kullanılan teknik olarak broşürler öne çıkmaktadır. Basılı bir broşürün etkili olması için eğitimsel içeriğinin doyurucu olması, doktor-hasta iletişiminin kanıtlanmış yöntemlerine uygunluğu ve görsel temaların yeterince kullanılmasına bağlı olabilmektedir (32).

Levine ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarına verdiği eğitimin amaçları şu şekildedir:

1. Hastanın yüksek kan basıncını normal aralıklarda tutarak tedaviden fayda görmesine yardımcı olmak ayrıca hastanın hipertansiyon açısından kişisel davranışlarında geliştirebileceği yönleri belirlemek.
2. Hastanın kendini iyi hissettiğinde bile tedaviye uymasını sağlamak.
3. Hastanın ilaçlarını almayı hatırlamasını ve randevularına düzenli gelmesini sağlamayı amaçlamaktadır (33).

## **2.9. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu**

Anksiyete bozuklukları, kişisel sıkıntı ve sosyal hayatta bozulma ile kendisini gösterir, hayatın birçok yönünü olumsuz etkiler. Küresel olarak bakıldığında; tüm zihinsel, nörolojik ve madde kullanım bozukluklarının içinde hesap edildiği zaman anksiyete bozukluğu, hastalık yükünün (DALY) yüzde 10'unu karşılamakta ve major depresyondan sonra ikinci sırada gelmektedir. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde en sık rastlanılan bozuklukların başında gelmektedir ve prevalansı %17,7 olarak hesap edilmiştir. Kadınlarda %30,5 erkeklerde %19,2 oranında olması dikkat çekicidir ve prevalansı sosyoekonomik refah ile ters orantılı olarak değişmektedir. Hipertansiyon gibi kronik hastalıklar ve kadın cinsiyet, anksiyete görülmesiyle ilişkili en önemli risk faktörlerinin başında gelmektedir (34,35).

Wei ve Wang'ın hipertansiyon hastalarında yapmış olduğu çalışma anksiyete risk faktörlerini şu şekilde özetlemiştir:

1. Kadın cinsiyet.
2. Tanı aldıktan sonraki hipertansiyonun süresi ve hastalığın şiddeti.
3. Üç yıldan fazla bir hipertansiyon öyküsü, anksiyete için bağımsız bir prediktör görevi görür. Ayrıca, kardiyovasküler bozukluklar nedeniyle hastanede yatış öyküsü olan hastalarda daha yüksek anksiyete skoru olduğu saptanmış ve hastaneye yatışın anksiyete için bağımsız bir faktör olduğunu tespit etmişlerdir (36).

## 2.10. Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Algısı

Sağlık uygulama stratejilerini etkileyen birçok neden olmasıyla beraber kişinin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir husustur. Herhangi bir kişinin kendi sağlık algısı ile hekimin değerlendirmesi birbiriyle bağdaşmayabilir. İyi hekimlik uygulaması her zaman hastanın kendisini nasıl gördüğünü ve nasıl tanımladığını göz önünde bulundurmalıdır. Buna rağmen sağlık hizmetlerini sunulurken veya tıbbi stratejiyi değerlendirirken bu duruma güvenmek son derece yanıltıcı olabilir (37).

Hipertansif hastaların sağlık algısı ve günlük yaşamda gösterdikleri bazı alışkanlıklarla ilgili birkaç hipotez öne sürülebilir:

1. Hipertansiyon hastaları kendilerini aynı yaş ve cinsiyetteki normal bireylerden daha az sağlıklı olarak algılayabilir.
2. Hipertansif hastaların kilo, sigara ve egzersiz ile ilgili kişisel davranışlarındaki değişiklikleri hayata geçirme olasılığı normal bireylerden daha yüksek olabilir.
3. Hipertansif hastaların günlük sosyal aktivitelerine katılım düzeyi, sağlık algıları ile doğrudan ilişkili olabilmektedir.
4. Sağlık algısında, günlük yaşam ve kişisel bakım davranışlarındaki olumsuz değişiklik, ilk tanıdan itibaren geçen süre ile ters orantılı olabilmektedir (38).

Hipertansiyon; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurularda ikinci sırada gelmektedir (39). Bu kadar sık başvuruların olması bu hastalığın kontrol altında tutulmasını gerektirmektedir. Aile hekimleri bu hastaların tanı-tedavi-takip süreçlerini yönetmekte ve tedaviyle ilgili hastaları bilgilendirme görevini üstlenmektedir. Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ayrıca hekimin hastasını eğitim vererek bilinçlendirmesi önemlidir. Böylece hastaların kan basınçları kontrol altına tutulabilir, gereksiz ilaç kullanımının önüne

geçilebilir ve sağlık algısı arttırılabilir. Aile hekimliğine başvuran hasta sayısı, sağlık çıktılarının iyileştirilmesi, iş gücü ve ekonomik kayıpların önlenmesi yönünden birinci basamakta hastaların ilaç uyumunu arttırmaya yönelik araştırmalar ve araştırmaların sonuçlarına dayalı faaliyetler toplum sağlığı açısından son derece önemlidir. İşte bu nedenlerle sunulan çalışmanın amacı; hipertansiyon tanısı almış hastalara ilaçlarını nasıl kullanacakları hakkında verilecek olan eğitimin; hastaların ilaçlarını düzgün kullanımları, izlemleri ve tedaviye olan uyumları üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma Aralık 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılan bir müdahale çalışmasıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Bu araştırmanın evrenini, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniği'nde hipertansiyon tanısı almış olan hastalar oluşturdu.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Örnekleme hesabına gidilmeden, bir aylık zaman diliminde Kardiyoloji Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalarla çalışma yürütüldü. Polikliniklere başvuran yeni tanı almış (en az 3 aydır hipertansiyon ilacı kullananlar) veya eski tanı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar eğitim verilecekler (A) ve eğitim verilmeyecekler (B) olmak üzere iki gruba ayrılarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar sırasıyla bir eğitim verilen, bir eğitim verilmeyen olacak şekilde çalışma gruba dahil edildi ve çalışmanın amacı anlatılarak görüşüldü, yazılı onamları alındı. Katılımcıların hepsi en az bir tane antihipertansif ilaç kullanıyordu. Katılımcı sayısı bir ay sonunda eğitim verilen grupta 53 ve eğitim verilmeyen grupta 52 olarak hesaplandı fakat altıncı ay sonunda bazı hastalara ulaşılamaması ve bir hastanın eksitus olması üzerine iki grupta da 49 hasta ile çalışma tamamlandı.

### **3.4. Çalışmaya alınmama kriterleri**

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama
- 18 yaş altında olma
- Ciddi bir ilave hastalık tanısı mevcudiyeti (kanser, ciddi kalp ve böbrek yetmezliği v.b.)
- Demans, Alzheimer, görme ve işitme sorunu gibi iletişimi bozan engeli olan hastalar
- Gebeliğe bağlı hipertansiyon
- Sekonder hipertansiyon
- Sağlık çalışanı olma
- Daha önceden ilaç uyumuyla ilgili eğitim almış olma

### **3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam**

Çalışma 04.10.2019 tarih 2019/2102 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır (Ek-1’de sunulmuştur).

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada, katılımcılara müdahale öncesi beş alt başlığı olan bir anket formu uygulandı (EK-2). Anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, Revize İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği- Kısa Form (MASES-SF), Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MMÖ), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ölçeklerini kapsamaktadır. İlaç uyumu eğitimi; Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği, American Heart Association (AHA) ve Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği’nin hazırladığı talimatlar ve öneriler doğrultusunda hastalarla özel bir oda içerisinde en az on dakika sürecek şekilde eğitim ve akabinde soru-cevap şeklinde yapıldı. Eğitimin içeriğinde özetle; hastaların ilaçları düzenli bir şekilde kullanmaları gerektiğiyle ilgili bilginin yanı sıra ilaçlara bağlı gelişebilecek yan etkiler ve bu olası durumda yapılması gereken bilgiler yer almaktadır. Verilen eğitimin içeriği Ek-3’te gösterilmiştir. Araştırmanın başlamasından üç ay sonra hastaların kan basıncı değerleri öğrenildi ve başlangıçtan altı ay sonra tüm hastalar telefonla aranıp çalışmanın başında uygulanan anket formu demografik verileri hariç olmak üzere tekrar uygulandı. Çalışma planlanırken altıncı ay kontrolleri hastanede yüz yüze olacak şekilde planlandı, ancak

COVID-19 pandemisinden dolayı hastalarla telefon aracılığıyla iletişime geçildi.

Hastaların kan basıncı değerleri çalışmanın başlangıcında araştırmacı tarafından ölçüldü. Üç ve altıncı aylardaki kontrol kan basıncı takipleri; hastanın ev şartlarında ölçümü, evinde tansiyon aleti olmayanların eczane ve aile sağlığı merkezlerinde ölçtükleri kan basıncı değerlerinin son bir haftadaki yaklaşık ortalama değerleri şeklinde kayıt edildi. Hipertansiyon hastalarından rutin istenen böbrek fonksiyon testleri, kan sodyumu ve potasyumu, tam idrar tahlilleri hastane medulla sisteminden bir ve altıncı aydaki sonuçlar olmak üzere kayıt edildi. Hastaneye pandemi sebebiyle gelemeyen hastaların kan tetkik sonuçları, aile sağlığı merkezinde yaptırdıkları sonuçlar takip edilerek kayıt edildi.

### **3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bilgi formu 23 sorudan oluşmaktadır. Formun içeriğinde katılımcının yaşı, yaşadığı yer, gelir durumu, kimle birlikte yaşadığı, kaç yıldır hipertansiyon hastası olduğu, kontrole gitme sıklığı gibi soruların yanı sıra kilo takip çizelgesi ve hipertansiyon takibi için tansiyon çizelgesi bulunmaktadır. Bu formdaki sorular hastalara ilk başvuru esnasında sorulmuş olup ikinci ve üçüncü kontrollerde ise sadece kilo ve kan basıncı değerleri soruldu.

Katılımcıların yaşları 55 yaş ve altı, 55-64 yaş arası, 65 yaş ve üzeri olarak kategorize edildi. Çalışmaya alınan hastalara eğitim durumu beş başlık altında soruldu; sonrasında ilköğretim ve altı, ortaöğretim ve üstü olacak şekilde kategorize edildi. Hipertansiyon ile ilgili açık uçlu sorular verilen yanıtlara göre kategorize edilerek incelendi. Eşlik eden hastalıklar; kalp-damar hastalığı, diyabetes mellitus ve diğer kategorisi olarak kategorize edildi. Hastanın tanı aldıktan sonraki hastalık süresi ise 3 ay-1 yıl, 2-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri olarak gruplandırıldı. Hastalar vücut kitle indeksine göre; zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırıldı.

### **3.6.2. Revize İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği- Kısa Form (MASES-SF)**

MASES-SF hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyumu değerlendirmek için Ogedegbe ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (40). Fernandez ve ark. tarafından 2008 yılında revize edilmiştir (41). Bu revize formda soru sayısı azaltılarak sorulara cevap olarak verilecek seçenekler arttırılmıştır. İlk formda toplam 26 soru ve üçlü Likert cevap

seçeneği bulunurken, revize kısa formda 13 soru ve dörtlü Likert cevap seçeneği bulunmaktadır. Kısa formun Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması ise Hacıhasanoğlu R., Gözüm S., apık C. tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiştir (42). Ölçek hipertansiyon hastalarına özgü geliştirilmiştir ancak sadece medikal tedaviyi değerlendirmek üzere sorular oluşturulmuştur.

### **3.6.3. Modifiye Morisky İlaç Uyum leği (MM)**

İlaç tedavisine olan uyumu araştırmak için en çok kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçek tedaviye uyumsuzluğun önündeki engelleri tanımlamaktadır. Avantajları kısa oluşu, kolay puanlanması ve çok çeşitli ilaç tedavileri için uygun olmasıdır. Ölçek 1986 yılında Morisky D.E. , Green L.W. ve Levine D.M. tarafından antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede aile hekimlerine yardımcı olmak üzere dört soruluk bir anket olarak geliştirilmiştir (43). Daha sonra, bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışması yapılmış olup faydalı psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Bağımsız araştırmacılar bu anketi diyabet gibi kronik hastalıklar içinde uygulamışlardır. ‘Case Management Adherence Guideline’ (CMAG) kılavuzuna göre orijinal Morisky leğinin uygulamaları sırasında bazı eksiklikler saptanmıştır. Özellikle orijinal Morisky leği ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi vermesine rağmen kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının sürekliliği hakkında yetersiz görülmüştür. Ek olarak anket hastaların bilgi ve motivasyon düzeylerini sınıflandırmak üzere düzenlenmemiştir. Sonuç olarak iki yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky leği geliştirilmiştir. Bu leğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması ise Vural ve ark. tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiştir. İkinici ve beşinci sorularda evet cevabı bir puan, hayır cevabı sıfır puan; diğer sorularda evet cevabı sıfır puan, hayır cevabı bir puandır. Birinci, ikinci ve altıncı sorulardan hastanın aldığı toplam puan sıfır veya bir ise düşük motivasyon düzeyini, bir puanın üzerindeki değerler ise ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. nc, dördüncü ve beşinci sorulardan aldığı toplam puan sıfır veya bir ise düşük bilgi düzeyini, bir puanın üzerindeki değerler ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (44).

### 3.6.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Sağlık Kaygı Envanteri Salkovskis ve arkadaşları (7) tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir ve 18 madde içerir. Dört seçenekli ilk 14 madde hastanın ruhsal durumunu sorgulayan yanıtlar içerir. Kalan dört maddede ise hastalardan önemli bir hastalığa sahip olabilecekleri tahmini ile ruhsal durumlarının nasıl olabileceği ile ilgili sorgulama yapmaktadır. Puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Testin geçerlilik ve güvenirliği, Türk toplumu için Aydemir ve arkadaşları (8) tarafından gerçekleştirilmiştir.

### 3.6.5. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılan, 15 maddeden oluşan ve dört alt faktörü bulunan beşli Likert tipi bir ölçektir (9,10). Ölçeğin dört alt faktörü “kontrol merkezi”, “öz farkındalık”, “kesinlik” ve “sağlığın önemi” şeklindedir. Ölçek maddeleri “çok katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “katılmıyorum (2)”, “Hiç katılmıyorum (1)” şeklinde yanıtlanmaktadır.

SAÖ alt faktörü “kontrol merkezi”; kişinin sağlığını kontrol etme konusunda kendini nerede gördüğünü, sağlığının şans, kader gibi kendi dışında faktörlere veya inançlara bağlayıp bağlamadığını ölçmektedir. Olumsuz tutumlar olan 2. , 3. , 4. , 12. , 13. maddeleri içerir ve ters puanlanır.

SAÖ alt faktörü “kesinlik”; kişinin sağlıklı olmak için yapması gerekenler hakkında bir fikre sahip olup olmadığını anlamaya yöneliktir. Olumsuz tutumlar olan 6. , 7. , 8. , 15. maddelerden oluşur ve ters puanlanır. SAÖ alt faktörü “öz farkındalık”; kişinin kendi elinde olan egzersiz yapma, sağlıklı beslenme gibi sağlığı etkileyecek faktörler hakkındaki öz farkındalığını sorgulayan 5.10. ve 14. maddeleri içerir. SAÖ alt faktörü “sağlığın önemi”; kişinin sağlığına ne kadar önem verdiği gösterir ve 1, 9, 11. maddelerden oluşur. Yani, ölçekteki 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir ve ters puanlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en çok puan 75 puan alınabilmektedir (9).

## 3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 24.0 programı kullanıldı. Verilerin normallik dağılımını göstermek için Shapiro Wilk-W testi, Kolmogorov Smirnov testi,

skewness ve kurtosis değerleri kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtildi. İki değişken arasında istatistiksel olarak ilişki varlığı pearson korelasyon testi ile yapıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda Independent Samples-T Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi kullanıldı. Normal dağılım varsayımını karşılamayan ikili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi uygulandı. Eğitim sonrasında yapılan anketlerin ilk anketler ile kıyaslanmasının istatistiksel değerlendirmesinde normal dağılımlı gruplarda Paired- Samples T Test, normal dağılım göstermeyen gruplarda ise Wilcoxon Signed-Rank Test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

#### **4. BULGULAR**

##### **Sosyodemografik Özellikler, Hipertansiyonla İlgili Sorular ve Kullanılan Ölçekler**

Çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hipertansiyon tanılı 98 hastanın verileri değerlendirildi. Hastaların yarısı ( $n=49$ ) eğitim verilen grupta diğer yarısı ( $n=49$ ) kontrol grubunda yer aldı. Çalışmaya katılanların sosyodemografik verilerine bakıldığında; hastaların yaş ortalaması  $61,88 \pm 10,91$  yıl idi ve %55,1'i ( $n=54$ ) kadındı. Eğitim grubundaki hastaların yaş ortalaması  $60,22 \pm 10,26$  yıl (min=31, maks=83) idi ve %61,2'si ( $n=30$ ) kadındı. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması  $63,55 \pm 11,38$  yıl (min=43, maks=88) olarak hesaplandı ve %49'u ( $n=24$ ) kadındı (Tablo 3).

Hipertansiyon ile ilgili bazı bilgilere bakıldığında, hastaların soygeçmişinde %58,2'sinin ( $n=57$ ) ailesinde hipertansiyon öyküsü ve %51'inin ( $n=50$ ) birinci derece akrabasında hipertansiyon bulunmaktaydı. Günlük kullanılan ilaç sayısına bakıldığında katılımcıların %49'u ( $n=48$ ) günde tek hipertansiyon ilacı kullanmaktaydı. Katılımcıların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra ortalama hastalık süresi  $11,51 \pm 8,92$  yıldır ve hastalar günde ortalama  $1,73 \pm 0,80$  adet ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %59,2'si ( $n=58$ ) hipertansiyonun vücutta ne gibi etkisi olduğunu bilmediğini belirtti. Katılımcıların hipertansiyon kontrolünü yaptırmak için hastaneye başvurma sıklığına bakıldığında, hastaların sadece beşte biri yılda bir kez veya daha fazla olmak üzere hastaneye kontrole geliyordu. Eğitim ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te,

hipertansiyonla ilgili sorulara verdikleri cevaplar ise Tablo 4’te gösterilmiştir.

Kullanılan MASES-SF ölçeğinin orijinalinde iç tutarlılık katsayısı ( $\alpha$ ) 0,94 olarak hesaplanmıştır (41). Bu çalışmada ise eğitim öncesi uygulanan MASES-SF için  $\alpha=0,73$ , eğitim sonrası uygulanan MASES-SF için  $\alpha=0,94$  olarak bulundu. MMÖ için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması orijinalinde  $\alpha$  hesaplanmamış iken iki uçlu duygudurum bozukluğu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında  $\alpha=0,62$  (45) olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise eğitim öncesi uygulanan MMÖ için  $\alpha=0,72$ , eğitim sonrası uygulanan MMÖ için  $\alpha=0,58$  olarak bulundu. Sağlık anksiyetesi ölçeği orijinalinde  $\alpha$  0,91 olarak belirtilmişti (7). Sunulan çalışmada eğitim öncesi uygulanan sağlık anksiyetesi ölçeği için  $\alpha=0,94$  ve eğitim sonrası uygulanan ölçek için  $\alpha=0,93$  olarak hesaplandı. Kullanılan SAÖ ölçeğinin orijinalinde  $\alpha=0,77$  olarak hesaplanmıştır (10). Bu çalışmada ise eğitim öncesi uygulanan SAÖ için  $\alpha=0,63$ , eğitim sonrası uygulanan SAÖ için  $\alpha=0,60$  olarak bulundu.

**Tablo 3. Eğitim ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri**

		Eğitim grubu		Kontrol grubu		Toplam		$\chi^2$	p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Yaş	54 ve altı	14	51,9	13	48,1	27	100,0	0,552	0,457
	55-64 arası	18	56,3	14	43,7	32	100,0		
	65 ve üzeri	17	43,6	22	56,4	39	100,0		
Cinsiyet	Kadın	30	55,6	24	44,4	54	100,0	1,031	0,310
	Erkek	19	43,2	25	56,8	44	100,0		
Medeni durum	Evli	40	47,6	44	52,4	84	100,0	0,750	0,386
	Bekar	9	64,3	5	35,7	14	100,0		
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	33	54,1	28	45,9	61	100,0	0,695	0,405
	Ortaöğretim ve üstü	16	43,2	21	56,8	37	100,0		
Yaşadığı yer	Konya	43	51,2	41	48,8	84	100,0	0,083	0,773
	Konya dışı	6	42,9	8	57,1	14	100,0		
Çalışma durumu	Aktif çalışıyor	10	43,5	13	56,5	23	100,0	0,227	0,634
	Çalışmıyor	39	52,0	36	48,0	75	100,0		
Ekonomik durum	Geliri giderine zorlukla yetiyor/ yetmiyor	2	66,7	1	33,3	3	100,0	0,984	0,611
	Geliri gideriyle dengede	33	52,4	30	47,6	63	100,0		
	Geliri giderinden fazla	14	43,8	18	56,2	32	100,0		
Kimle yaşıyor	Yalnız	4	44,4	5	55,6	9	100,0	0,123	0,726
	Aile-arkadaş	45	50,6	44	49,4	89	100,0		
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapıyor	9	64,3	5	35,7	14	100,0	0,750	0,386
	Yapmıyor	40	47,6	44	52,4	84	100,0		
Sigara kullanımı	Aktif kullanıyor	8	47,1	9	52,9	17	100,0	0,100	0,752
	Hiç kullanmamış	29	50,0	29	50,0	58	100,0		
	Bırakmış	12	52,2	11	47,8	23	100,0		
Vücut Kitle İndeksi	Normal (18.50-24.99)	7	70,0	3	30,0	10	100,0	2,390	0,303
	Fazla Kilolu (25.00-29.99)	15	53,6	13	46,4	28	100,0		
	Obez (>30)	27	45,0	33	55,0	60	100,0		

- Analiz olarak Ki-kare testi uygulanmıştır.

**Tablo 4. Eğitim ve kontrol grubunun hipertansiyon ile ilgili bilgileri**

		EĞİTİM GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		$\chi^2$	p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Ek hastalık durumu	Var	34	49,3	35	50,7	69	100,0	0,000	1,000
	Yok	15	51,7	14	48,3	29	100,0		
Eşlik eden hastalıklar	Kalp damar hastalığı	15	53,6	13	46,4	28	100,0	0,049	0,825
	Diyabetes mellitus	11	36,7	19	63,3	30	100,0		
	Diğer	19	57,5	14	42,5	33	100,0		
Tansiyonunu ölçtüğü yer	Ev	32	50,8	31	49,2	63	100,0	0,056	0,972
	Eczane	5	50,0	5	50,0	10	100,0		
	Aile Sağlığı Merkezi	12	48,0	13	52,0	25	100,0		
Görüşme günü sabahı ilaç aldı mı?	Evet	19	38,0	31	62,0	50	100,0	4,941	0,026
	Hayır	30	62,5	18	37,5	48	100,0		
Tanı aldıktan itibaren hastalık süresi	3 ay- 1 yıl	5	71,4	2	28,6	7	100,0	2,054	0,726
	2-5 yıl	14	48,3	15	51,7	29	100,0		
	6-10 yıl	9	52,9	8	47,1	17	100,0		
	11-15 yıl	9	52,9	8	47,1	17	100,0		
	16 yıl ve üzeri	12	42,9	16	57,1	28	100,0		
HT'ye bağlı hastane yatış öyküsü	Var	15	57,7	11	42,3	26	100,0	0,471	0,492
	Yok	34	47,2	38	52,8	72	100,0		
Ailede HT öyküsü	Var	36	63,2	21	36,8	57		8,219	<b>0,004</b>
	Yok	13	31,7	28	68,3	41	100,0		
1. Derece akrabada HT öyküsü	Var	33	66,0	17	34,0	50	100,0	9,188	<b>0,002</b>
	Yok	16	33,3	32	66,7	48	100,0		
Günlük kullanılan ilaç sayısı	1 ilaç	29	60,4	19	39,6	48	100,0	6,274	<b>0,012</b>
	2 ilaç	14	50,0	14	50,0	28	100,0		
	3 ve üzeri ilaç	6	27,3	16	72,7	22	100,0		
HT etkisini bilme durumu	Biliyor	17	42,5	23	57,5	40	100,0	1,056	0,304
	Bilmiyor	32	55,2	26	44,8	58	100,0		
HT kontrolü yaptırma sıklığı	3 ayda 1 kez	26	52,0	24	48,0	50	100,0	1,042	0,307
	6 ayda 1 kez	16	57,1	12	42,9	28	100,0		
	Yılda 1 kez ve üstü	7	35,0	13	65,0	20	100,0		

- Analiz olarak Ki-kare testi uygulanmıştır.

### MASES-SF Ölçeği ile Kan Basıncının İlişkisi

Kullanılan MASES-SF ölçeğinin ortalama puanı  $36,83 \pm 8,76$  (min:20, maks:52) bulundu. Katılımcıların kan basıncı değerleri sistolik 140 mmHg ve diyastolik 90 mmHg olarak kesme değeri oluşturuldu. Sistolik kan basınçları kontrol altında olmayan hastaların MASES-SF Ölçek puanı  $34,68 \pm 7,99$  iken sistolik kan basıncı kontrol altında olanların MASES-SF Ölçek puanı  $38,82 \pm 9,03$  olarak bulundu, bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,019$ ). Aynı şekilde diyastolik kan basınçları kontrol altında olmayan hastaların MASES-SF Ölçeği puan ortalaması  $34,15 \pm 7,74$  iken diyastolik kan basınçları kontrol altında olan hastaların MASES-SF Ölçeği puan ortalaması  $38,53 \pm 90$  olarak hesaplandı, bu durum da istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,015$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5. MASES-SF Ölçeği ile kan basıncının ilişkisi**

	n	Ort±Ss	t	p
<b>Sistolik KB*</b>				
<140 mmHg	51	$38,82 \pm 9,03$	2,395	<b>0,019</b>
>140 mmHg	47	$34,68 \pm 7,99$		
<b>Diyastolik KB</b>				
<90 mmHg	60	$38,53 \pm 90$	2,471	<b>0,015</b>
>90 mmHg	38	$34,15 \pm 7,74$		

\*KB: Kan basıncı

n: Sayı, Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

- Analiz olarak Independent Samples-T Test kullanılmıştır.

### Katılımcıların Sosyodemografik Verilerin ve Hipertansiyonla İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Ölçeklerle Karşılaştırılması

Katılımcıların ilk başvuruındaki MASES-SF Ölçeği ile yaş kategorileri, cinsiyet, eğitim düzeyi, günlük kullanılan ilaç sayısı ve vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

MMÖ bilgi düzeyi alt faktörü kadınlardaki puan ortalaması  $1,75 \pm 0,43$  iken

erkeklerde  $1,56\pm 0,50$ 'ydi ve durum istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,046$ ). Gelir durumu ve çalışma durumu ile ilaç uyumu ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Medeni durum ile ilaç uyumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların hipertansiyon ile ilgili verdikleri cevaplara bakıldığında; kan basıncını evde ölçtüren hastaların MASES-SF puan ortalaması  $38,23\pm 8,52$ , aile sağlığı merkezinde ölçtürenlerin puan ortalaması  $35,80\pm 8,94$  ve eczanede ölçtürenleri puan ortalaması  $30,60\pm 7,32$ 'ydi ( $p=0,028$ ). Hipertansiyon tanısı aldıktan itibaren geçen süreye bakıldığında, yeni tanı almış hastaların (3ay ile 1 yıl arası) MMÖ motivasyon düzeyi alt faktör puanının  $1,85\pm 0,37$  ile en yüksek olduğu göze çarpmaktaydı ( $p=0,039$ ) (Tablo 6). Yeni tanı alan hastaların %85,7'sinin ( $n=6$ ), tanısı üzerinden 16 yıl ve üzeri süre geçen hastaların %64,3'ünün ( $n=18$ ) motivasyon düzeyi yüksekti ( $p=0,031$ ).

Hastaların kullandıkları ilaç sayısına göre analiz yapıldığında, günlük kullanılan hipertansiyon ilacı sayısına paralel olarak MMÖ motivasyon alt faktörü puanının doğru orantılı arttığı görüldü ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,022$ ). İlâveten günlük bir ilaç kullanan hastaların %37,5'i ( $n=18$ ), iki ilaç kullananların %53,6'sı ( $n=15$ ) ve üç ilaç kullananların %72,7'sinin ( $n=16$ ) motivasyon düzeyi yüksekti ( $p=0,019$ ). Ayrıca SAÖ öz farkındalık alt faktörü puan ortalaması ile günlük kullanılan hipertansiyon ilacı sayısı arasında ters orantılı bir ilişki bulundu ( $p=0,008$ ). Ailede hipertansiyon öyküsü olan hastaların SAÖ öz farkındalık alt faktörü puanı  $10,50\pm 1,95$  iken hipertansiyon öyküsü olmayan hastaların puanı  $9,63\pm 2,11$ 'di ( $p=0,027$ ).

Hipertansiyonun ne gibi etkileri olduğunu bilen hastaların MMÖ motivasyon alt faktörü puanı  $1,67\pm 0,47$  iken, hipertansiyonun vücuttaki etkilerini bilmeyen hastaların puanı  $1,37\pm 0,48$ 'di ( $p=0,004$ ). Ayrıca katılımcıların %67,5'i ( $n=27$ ) hipertansiyon hastalığının etkilerini bilmekteyken %37,9'u ( $n=22$ ) hipertansiyonun etkilerini bilmiyordu ( $p=0,008$ ). SAÖ Ölçeği kesinlik alt faktörü hipertansiyonun vücuttaki etkilerini bilen hastalarda ortalama puanı  $11,77\pm 2,48$  iken, bilmeyen hastalardaki puanı  $10,58\pm 2,82$ 'ydi ( $p=0,034$ ).

Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik verileri ve hipertansiyonla ilgili sorulara verdikleri cevapların ölçeklerle karşılaştırılması Tablo 6'da, MMÖ bilgi ve motivasyon düzeyine göre ayrılıp düşük-yüksek olmasına göre karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Ölçeklerin kendi arasındaki karşılaştırılmasına bakıldığında genel olarak ilaç uyumu ölçekleri ile sağlık anksiyetesi ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların bilgi ve motivasyon düzeyleri arttikça ilaç uyumları anlamlı olarak arttığı bulundu (Tablo 8).



**Tablo 6. Ölçeklerin ortalama puanlarının sosyodemografik özellikler ve hipertansiyon ile ilgili bilgilerle karşılaştırılması**

		MASES-SF	MMÖ- Bilgi Düzeyi	MMÖ- Motivasyon düzeyi	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	SAÖ Kontrol Merkezi	SAÖ Kesinlik	SAÖ Öz Farkındalık	SAÖ Sağlığın Önemi	
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş	54 ve altı	27	35,92±8,82	1,62±0,49	1,51±0,50	34,70±13,08	12,11±2,57	11,25±2,94	10,14±2,16	11,29±2,46
	55-64	32	38,90±9,54	1,71±0,45	1,53±0,50	33,50±9,92	13,06±3,18	11,56±2,66	10,53±1,62	11,28±2,66
	65 ve üzeri	39	35,76±7,94	1,66±0,47	1,46±0,50	33,07±11,84	12,46±2,93	10,53±2,63	9,82±2,29	10,56±2,72
	p		0,268	0,765	0,823	0,879	0,448	0,271	0,380	0,415
Cinsiyet	Kadın	54	38,27±8,72	1,75±0,43	1,57±0,49	35,59±12,09	12,14±3,03	10,94±2,83	10,22±2,19	11,25±2,54
	Erkek	44	35,06±8,57	1,56±0,50	1,40±0,49	31,29±10,43	13,06±2,73	11,22±2,64	10,04±1,90	10,68±2,72
	p		0,071	<b>0,046</b>	0,106	0,108	0,122	0,614	0,457	0,282
Yaşadığı yer	Konya	84	37,23±8,87	1,71±0,45	1,51±0,50	33,05±11,45	12,41±2,92	11,23±2,79	10,15±1,96	10,83±2,71
	Konya dışı	14	34,42±7,89	1,42±0,51	1,42±0,51	37,28±11,66	13,42±2,84	10,07±2,23	10,07±2,67	12±1,88
	p		0,269	<b>0,036</b>	0,566	0,102	0,232	0,141	0,728	0,125
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	61	35,77±8,32	1,65±0,47	1,44±0,50	34,04±12,34	11,98±2,87	10,37±2,65	10,18±2,08	11,19±2,80
	Ortaöğretim ve üstü	37	38,59±9,28	1,70±0,46	1,59±0,49	33,02±10,16	13,51±2,78	12,21±2,51	10,08±2,04	10,67±2,32
	p		0,123	0,633	0,147	0,944	<b>0,011</b>	<b>0,001</b>	0,988	0,345
Çalışma durumu	Aktif çalışıyor	23	36,65±9,25	1,60±0,49	1,47±0,51	32,34±9,67	13,30±1,98	11,82±3,03	10,08±2,42	11±2,06
	Çalışmıyor	75	36,89±8,66	1,69±0,46	1,50±0,50	34,06±12,06	12,33±3,12	10,84±2,62	10,16±1,95	11±2,79
	P		0,909	0,451	0,813	0,801	0,083	0,132	0,644	1
Ekonomik durum	Geliri giderine zorlukla yetiyor/ yetmiyor	3	34,66±12,50	1,66±0,57	1,66±0,57	44,66±16,65	12,33±0,57	8,66±2,51	9,66±1,15	12,00±3,00
	Geliri gideriyle dengede	63	35,98±8,47	1,63±0,48	1,49±0,50	33,93±12,03	12,47±3,16	10,58±2,43	10,38±1,93	11,04±2,70
	Geliri giderinden fazla	32	38,71±8,99	1,75±0,43	1,50±0,50	32,09±9,67	12,75±2,57	12,25±2,96	9,71±2,31	10,81±2,52
	P		0,327	0,531	0,841	0,325	0,904	<b>0,005</b>	0,299	0,739

Medeni durum	Evli	84	36,36±8,95	1,64±0,48	1,47±0,50	33,83±11,29	12,80±2,91	11,04±2,66	10,01±2,09	10,97±2,69
	Bekar	14	39,64±7,17	1,85±0,36	1,64±0,49	32,64±13,21	11,07±2,55	11,21±3,26	10,92±1,73	11,14±2,28
	p		0,197	0,115	0,251	0,339	<b>0,039</b>	0,834	0,116	0,828
Kimle yaşıyor	Yalnız	9	38,88±7,80	1,77±0,44	1,66±0,50	34,11±13,35	13,11±3,25	10,77±3,03	10,22±1,71	11±2,44
	Aile-arkadaş	89	36,62±8,86	1,66±0,47	1,48±0,50	33,61±11,40	12,50±2,90	11,10±2,72	10,13±2,10	11±2,66
	p		0,464	0,486	0,296	0,946	0,556	0,738	0,850	1
Ek hastalık durumu	Var	69	37,02±8,76	1,68±0,46	1,50±0,50	34,75±12,28	12,39±2,82	10,88±2,62	9,97±1,98	11±2,77
	Yok	29	36,37±8,88	1,65±0,48	1,48±0,50	31,06±9,13	12,96±3,15	11,51±3,00	10,55±2,21	11±2,29
	p		0,739	0,803	0,826	0,424	0,377	0,299	0,067	1
Tansiyonunu ölçtüğü yer	Ev	63	38,23±8,52	1,73±0,44	1,52±0,50	33,79±11,70	12,82±3,04	11,42±2,80	10,01±2,07	10,77±2,75
	Eczane	10	30,60±7,32	1,40±0,51	1,30±0,48	34,40±13,30	12,50±1,64	10,50±2,50	10,40±1,50	11±2,53
	Aile Sağlığı Merkezi	25	35,80±8,94	1,64±0,48	1,52±0,50	33,04±10,74	11,92±2,99	10,40±2,59	10,36±2,25	11,56±2,34
	p		<b>0,028</b>	0,111	0,414	0,986	0,427	0,224	0,620	0,458
Tanı aldıktan itibaren hastalık süresi	3 ay- 1 yıl	7	37,42±11,55	1,71±0,48	1,85±0,37	27,71±7,22	12,42±3,30	12,14±2,34	10,28±1,11	11,42±2,93
	2-5 yıl	29	36,03±8,74	1,55±0,50	1,34±0,48	34,68±10,90	12,75±2,82	11,10±3,02	10,31±1,75	10,37±2,65
	6-10 yıl	17	40,17±8,92	1,76±0,43	1,52±0,51	32,76±10,45	12,47±1,87	11,23±2,81	10,11±2,57	11,17±2,50
	11-15 yıl	17	33,58±8,31	1,58±0,50	1,35±0,49	30,23±9,33	12,11±2,95	9,94±2,24	10,47±1,50	11,17±2,87
	16 yıl ve üzeri	28	37,46±7,98	1,78±0,41	1,64±0,48	36,96±10,11	12,71±3,53	11,35±2,71	9,75±2,50	11,32±2,53
	p		0,267	0,312	<b>0,039</b>	0,678	0,961	0,368	0,885	0,676
HT*ye bağlı hastane yatış öyküsü	Var	26	35,15±8,19	1,61±0,49	1,50±0,50	34,65±11,86	12,26±2,82	10,50±2,83	10,07±2,71	11,53±2,51
	Yok	72	37,44±8,93	1,69±0,46	1,50±0,50	33,30±11,45	12,66±2,96	11,27±2,69	10,16±1,79	10,80±2,66
	p		0,255	0,464	1,000	0,471	0,555	0,217	0,543	0,225
Ailede HT öyküsü	Var	57	37,78±8,77	1,73±0,44	1,49±0,50	33,07±10,59	12,47±2,78	11,21±2,90	10,50±1,95	11,35±2,61
	Yok	41	35,51±8,67	1,58±0,49	1,51±0,50	34,48±12,78	12,68±3,13	10,87±2,52	9,63±2,11	10,51±2,60
	p		0,206	0,117	0,839	0,751	0,729	0,556	<b>0,027</b>	0,120
Günlük kullanılan	1 ilaç	48	36,04±9,15	1,62±0,48	1,37±0,48	32,91±11,15	12,95±2,50	10,68±2,86	10,62±1,99	11,22±2,71
	2 ilaç	28	36,14±9,53	1,60±0,49	1,53±0,50	34,92±10,19	11,35±2,69	11,46±2,74	10,17±1,86	11,21±2,75

ilaç sayısı	3 ve üzeri ilaç	22	39,45±6,39	1,86±0,35	1,72±0,45	34,00±8,79	13,22±3,65	11,40±2,44	9,04±,10	10,22±2,22
	P		0,284	0,098	<b>0,022</b>	0,346	0,032	0,400	<b>0,008</b>	0,297
HT etkisini bilme	Biliyor	40	38,60±8,63	1,72±0,45	1,67±0,47	34,95±10,41	13,07±2,85	11,77±2,48	9,87±2,39	10,90±2,55
	Bilmiyor	58	35,62±8,71	1,63±0,48	1,37±0,48	32,77±12,24	12,20±2,93	10,58±2,82	10,32±1,79	11,06±2,70
	p		0,098	0,369	<b>0,004</b>	0,141	0,149	<b>0,034</b>	0,540	0,757
HT kontrolü yaptırma sıklığı	3 ayda 1 kez	50	37,26±8,41	1,72±0,45	1,58±0,49	32,86±10,47	12,42±3,13	11,54±2,50	10,16±1,77	11,22±2,38
	6 ayda 1 kez	28	36,14±9,31	1,71±0,46	1,35±0,48	34,42±13,77	12,07±2,53	9,71±2,57	10,25±2,31	11,32±3,11
	Yılda 1 kez ve üstü	20	36,75±9,21	1,50±0,51	1,50±0,51	34,60±11,02	13,60±2,74	11,80±2,96	9,95±2,41	10±2,36
	p		0,866	0,182	0,171	0,916	0,181	<b>0,007</b>	0,761	0,161
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapıyor	14	38,42±7,99	1,71±0,46	1,57±0,51	30,00±7,30	13,50±2,79	12,14±3,27	10,35±2,49	10,71±2,36
	Yapmıyor	83	36,57±8,90	1,66±0,47	1,48±0,50	34,27±12,00	12,40±2,92	10,89±2,62	10,10±1,99	11,04±2,68
	p		0,446	0,726	0,566	0,337	0,196	0,115	0,561	0,663
Sigara kullanımı	Aktif kullanıyor	17	37,23±11,06	1,58±0,50	1,64±0,49	33,58±11,09	12,58±3,00	11,29±2,33	9,47±2,42	10,58±2,34
	Hiç kullanmamış	58	36,87±8,54	1,68±0,46	1,48±0,50	34,94±10,33	12,50±3,10	11±2,77	10,12±1,95	11,31±2,70
	Bırakmış	23	36,43±7,73	1,69±0,47	1,43±0,50	30,78±9,53	12,69±2,45	11,08±3,02	10,69±1,96	10,52±2,62
	p		0,959	0,713	0,385	0,183	0,964	0,928	0,179	0,375
Vücut Kitle İndeksi	Normal (18.50-24.99)	10	36,60±9,46	1,60±0,51	1,60±0,51	36,40±15,47	11,70±2,98	11,50±3,89	11,30±2,11	11,40±2,87
	Fazla Kilolu (25.00-29.99)	28	36,78±9,21	1,67±0,47	1,42±0,50	31,39±8,64	12,17±3,09	10,96±2,65	10,28±1,69	10,82±2,51
	Obez (>30)	60	36,90±8,58	1,68±0,46	1,51±0,50	34,38±10,01	12,88±2,82	11,05±2,60	9,88±2,16	11,01±2,68
	P		0,994	0,873	0,598	0,222	0,357	0,867	<b>0,039</b>	0,837

\*Hipertansiyon, n: Sayı, Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

-Normal dağılım varsayımını karşılayan ikili gruplarda Independent Samples T-test, ikiden fazla gruplarda One-Way Anova testi;

-Normal dağılım varsayımını karşılamayan ikili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

**Tablo 7. MMÖ alt faktörleri ortalama puanlarının sosyodemografik özellikler ve hipertansiyon ile ilgili bazı bilgilerle karşılaştırılması**

		Bilgi düzeyi			Motivasyon düzeyi		
		Düşük ≤1	Yüksek >1	p	Düşük ≤1	Yüksek >1	p
Yaş	54 ve altı	10(%37)	17(%37)	0,761	13(%48,1)	14(%51,9)	0,822
	55-64 arası	9(%28,1)	23(%71,9)		15(%46,9)	17(%53,1)	
	65 ve üzeri	13(%33,3)	26(%66,7)		21(%53,8)	18(%46,2)	
Cinsiyet	Kadın	13(%24,1)	41(%75,9)	0,073	23(%42,6)	31(%57,4)	0,155
	Erkek	19(%43,2)	25(%56,8)		26(%59,1)	18(%40,9)	
Yaşadığı yer	Konya	24(%28,6)	60(%71,4)	0,041	41(%48,8)	43(%51,2)	0,773
	Konya dışı	8(%57,1)	6(%42,9)		8(%57,1)	6(%42,9)	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	21(%34,4)	40(%65,6)	0,796	34(%55,7)	27(%44,3)	0,211
	Ortaöğretim ve üstü	11(%29,7)	26(%70,3)		15(%40,5)	22(%59,5)	
Çalışma durumu	Aktif çalışıyor	9(%39,1)	14(%60,9)	0,615	12(%52,2)	11(%47,8)	0,812
	Çalışmıyor	23(%30,7)	52(%69,3)		37(%49,3)	38(%50,7)	
Ekonomik durum	Geliri giderine zorlukla yetiyor/ yetmiyor	1(%33,3)	2(%66,7)	0,519	1(%33,3)	2(%66,7)	0,837
	Geliri gideriyle dengede	23(%36,5)	40(%63,5)		32(%50,8)	31(%49,2)	
	Geliri giderinden fazla	8(%25)	24(%75)		16(%50)	16(%50)	
Medeni durum	Evli	30(%35,7)	54(%64,3)	0,092	44(%52,4)	40(%47,6)	0,386
	Bekar	2(%14,3)	12(%85,7)		5(%35,7)	9(%64,3)	
Kimle yaşıyor	Yalnız	2(%22,2)	7(%77,8)	0,470	3(%33,3)	6(%66,7)	0,290
	Aile-arkadaş	30(%33,7)	59(%66,3)		46(%51,7)	43(%48,3)	
Ek hastalık durumu	Var	22(%31,9)	47(%68,1)	0,988	34(%49,3)	35(%50,7)	1
	Yok	10(%34,5)	19(%65,5)		15(%51,7)	14(%48,3)	
Tansiyonunu ölçtüğü yer	Ev	17(%27)	46(%73)	0,122	30(%47,6)	33(%52,4)	0,401
	Eczane	6(%60)	4(%40)		7(%70)	3(%30)	
	Aile Sağlığı Merkezi	9(%36)	16(%64)		12(%50)	12(%50)	
Görüşme günü sabahı ilaç aldı mı?	Evet	12(%24)	38(%76)	0,099	17(%34)	33(%66)	0,002
	Hayır	20(%41,7)	28(%58,3)		32(%66,7)	16(%33,3)	
Tanı aldıktan itibaren hastalık süresi	3 ay- 1 yıl	2(%28,6)	5(%71,4)	0,302	1(%14,3)	6(%85,7)	0,031
	2-5 yıl	13(%44,8)	16(%55,2)		19(%65,5)	10(%34,5)	
	6-10 yıl	4(%23,5)	13(%76,5)		8(%47,1)	9(%52,9)	
	11-15 yıl	7(%41,2)	10(%58,8)		11(%64,7)	6(%35,3)	
	16 yıl ve üzeri	6(%21,4)	22(%78,6)		10(%35,7)	18(%64,3)	

<b>HT*'ye bağlı hastane yatış öyküsü</b>	Var	10(%38,5)	16(%61,5)	0,622	13(%50)	13(%50)	1
	Yok	22(%30,6)	50(%69,4)		36(%50)	36(%50)	
<b>Ailede HT öyküsü</b>	Var	15(%26,3)	42(%73,7)	0,174	29(%50,9)	28(%49,1)	1
	Yok	17(%41,5)	24(%58,5)		20(%48,8)	21(%51,2)	
<b>1. Derece akrabada HT öyküsü</b>	Var	13(%26)	37(%74)	0,223	27(%54)	23(%46)	0,544
	Yok	19(%39,6)	29(%60,4)		22(%45,8)	26(%54,2)	
<b>Günlük kullanılan ilaç sayısı</b>	1 ilaç	18(%37,5)	30(%62,5)	0,072	30(%62,5)	18(%37,5)	<b>0,019</b>
	2 ilaç	11(%39,3)	17(%60,7)		13(%46,4)	15(%53,6)	
	3 ve üzeri ilaç	3(%13,6)	19(%86,4)		6(%27,3)	16(%72,7)	
<b>HT etkisini bilme durumu</b>	Biliyor	11(%27,5)	29(%72,5)	0,494	13(%32,5)	27(%67,5)	<b>0,008</b>
	Bilmiyor	21(%36,2)	37(%63,8)		36(%62,1)	22(%37,9)	
<b>HT kontrolü yaptırma sıklığı</b>	3 ayda 1 kez	14(%28)	36(%72)	0,193	21(%42)	29(%58)	0,165
	6 ayda 1 kez	8(%28,6)	20(%71,4)		18(%64,3)	10(%35,7)	
	Yılda 1 kez ve üstü	10(%50)	10(%50)		10(%50)	10(%50)	
<b>Düzenli egzersiz yapma durumu</b>	Yapıyor	4(%28,6)	10(%71,4)	0,722	6(%42,9)	8(%57,1)	0,773
	Yapmıyor	28(%33,3)	56(%66,7)		43(%51,2)	41(%48,8)	
<b>Sigara kullanımı</b>	Aktif kullanıyor	7(%41,2)	10(%58,8)	0,718	6(%35,3)	11(%64,7)	0,376
	Hiç kullanmamış	18(%31)	40(%69)		30(%51,7)	28(%48,3)	
	Bırakmış	7(%30,4)	16(%69,6)		13(%56,5)	10(%43,5)	
<b>Vücut Kitle İndeksi</b>	Normal (18.50-24.99)	4(%40)	6(%60)	0,875	4(%40)	6(%60)	0,594
	Fazla Kilolu (25.00-29.99)	9(%32,1)	19(%67,9)		16(%57,1)	12(%42,9)	
	Obez (>30)	19(%31,7)	41(%68,3)		29(%48,3)	31(%51,7)	

\*Hipertansiyon

- Analiz olarak Ki-kare testi uygulanmıştır.

**Tablo 8. İlaç uyumu ölçekleri ile sağlık anksiyetesinin ve sağlık algısının karşılaştırılması**

		MASES-SF	MMÖ bilgi	MMÖ motivasyon	Sağlık anksiyetesi	SAÖ Kontrol	SAÖ Kesinlik	SAÖ Öz farkındalık	SAÖ Sağlık önemi
MASES-SF	r	1							
	p								
MMÖ bilgi	r	0,657	1						
	p	<b>0,000</b>							
MMÖ motivasyon	r	0,525	0,549	1					
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>						
Sağlık anksiyetesi	r	0,095	0,055	0,195	1				
	p	0,352	0,591	0,054					
SAÖ Kontrol	r	0,130	0,055	0,12	-0,109	1			
	p	0,202	0,593	0,24	0,287				
SAÖ Kesinlik	r	0,042	0,16	0,12	-0,300	0,126	1		
	p	0,683	0,114	0,241	0,003	0,215			
SAÖ Öz farkındalık	r	0,092	0,085	-0,011	-,093	0,002	0,002	1	
	p	0,370	0,406	0,914	0,360	0,985	0,986		
SAÖ Sağlık önemi	r	0,041	0,123	0,085	0,496	-0,164	-0,091	0,314	1
	p	0,691	0,226	0,408	0,000	0,108	0,370	0,002	

- Analiz olarak Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır.

### Eğitim Öncesi ve Sonrası Kan Basıncı Değerlerinin, Kan Parametrelerinin ve Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Eğitim grubundaki hastaların ilk başvurudaki sistolik kan basıncı  $136,42 \pm 20,75$  mmHg iken üç ay sonra  $130,2 \pm 13,22$  mmHg oldu ve son kontrollerde  $126,53 \pm 12,95$  mmHg olarak tespit edildi. Diyastolik kan basıncı ise ilk başvuruda  $85,18 \pm 12,84$  mmHg iken üç ay sonra  $81,83 \pm 8,14$  mmHg ve son kontrollerde  $80,40 \pm 9,28$  mmHg olarak ölçüldü (Tablo 9). Eğitim grubunda altı aylık sistolik ve diyastolik kan basıncında tespit edilen azalma istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla **p=0,003** ve **p=0,022**). Kontrol grubunda altı aylık süreçte sistolik ve diyastolik kan basıncında önemli değişiklikler gözlemlenmedi (sırasıyla  $p=0,670$  ve  $p=0,471$ ) (Tablo 10). Hastaların kan tetkik sonuçları eğitim ve kontrol grubu olarak ayrı ayrı analiz edildi ve hiçbir değerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 9. Üç ay aralıklarla eğitim ve kontrol grubu hastalarının kan basıncındaki değişimin incelenmesi**

	EĞİTİM GRUBU (n=49)		KONTROL GRUBU (n=49)		TOPLAM (n=98)	
	Sistolik KB* mmHg	Diyastolik KB mmHg	Sistolik KB* mmHg	Diyastolik KB mmHg	Sistolik KB* mmHg	Diyastolik KB mmHg
<b>1.Ay Ort±Ss</b>	136,42±20,75	85,18±12,84	135,61±12,69	84,04±9,68	136,02±17,11	84,61±11,33
<b>3.Ay Ort±Ss</b>	130,2±13,22	81,83±8,14	137,75±20,86	85,06±14,37	133,97±17,78	83,44±11,73
<b>6.Ay Ort±Ss</b>	126,53±12,95	80,40±9,28	137,12±15,2	85,81±12,47	131,82±15,03	83,11±11,27

\*Kan basıncı, Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

**Tablo 10. Eğitim ve kontrol grubu hastalarının altı aylık süreçteki kan basıncı değerleri ve kan tetkik sonuçlarının değişiminin incelenmesi**

	EĞİTİM GRUBU (n=49)			KONTROL GRUBU (n=49)		
	1.Ay Ort±Ss	6.Ay Ort±Ss	P	1.Ay Ort±Ss	6.Ay Ort±Ss	P
<b>Sistolik KB* mmHg</b>	136,42±20,75	126,53±12,95	<b>0,003</b>	135,61±12,69	137,12±15,2	0,670
<b>Diyastolik KB mmHg</b>	85,18±12,84	80,40±9,28	<b>0,022</b>	84,04±9,68	85,81±12,47	0,471
<b>Sodyum mmol/L</b>	139,85±2,38	139,67±2,76	0,641	139,16±2,5	139,12±2,96	0,798
<b>Potasyum mmol/L</b>	4,43±0,48	4,46±0,53	0,798	4,42±0,48	4,40±0,42	0,870
<b>Üre mg/dL</b>	35±10,61	34,14±7,51	0,555	36,34±10,42	39,13±16,4	0,267
<b>Kreatinin mg/dL</b>	0,86±0,021	0,86±0,23	0,955	0,93±0,25	0,97±0,23	0,150

\*Kan basıncı, Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

- Analiz olarak normal dağılımlı gruplarda Paired- Samples T Test, normal dağılım göstermeyen gruplarda ise Wilcoxon Signed-Rank Test kullanıldı.

Eğitim verilen grupta, eğitim öncesi uygulanan MASES-SF puan ortalaması  $36,28 \pm 10,08$  iken eğitim sonrası  $40,65 \pm 8,57$  olduğu tespit edildi ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,001$ ). Bir diğer ilaç uyumu leği olan MM bilgi düzeyi alt faktörü, eğitim öncesinde  $1,63 \pm 0,48$  iken eğitim sonrasında  $1,79 \pm 0,40$  olarak tespit edildi ( $p = 0,021$ ) ve MM motivasyon düzeyi alt faktörü ortalama puanı ise  $1,40 \pm 0,48$  iken eğitim sonrasında bu puan  $1,77 \pm 0,42$  olarak ölçüldü ( $p < 0,001$ ). Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmadı (sırasıyla:  $p = 0,429, 0,206, 0,564$ ). Eğitim grubunda SA leğinin; kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt faktörleri puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artarken (sırasıyla:  $p = 0,002, 0,049, 0,001$ ) kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadı (sırasıyla:  $p = 0,224, 0,115, 0,317$ ). Kullanılan tüm ölçeklerin eğitim grubunda ve kontrol grubunda, altı aylık süreç içindeki karşılaştırmaları Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Altı aylık süreçte MASES-SF, MMÖ, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeğinin eğitim ve kontrol gruplarındaki değişiminin incelenmesi**

	EĞİTİM GRUBU (n=49)				KONTROL GRUBU (n=49)			
	1.Ay	6.Ay	Z/T	p	1.Ay	6.Ay	Z	p
	Ort±Ss	Ort±Ss			Ort±Ss	Ort±Ss		
<b>MASES-SF</b>	36,28±10,08	40,65±8,57	-4,093	<b>&lt;0,001</b>	37,38±7,27	37,08±6,60	0,798	0,429
<b>MMÖ-Bilgi Düzeyi</b>	1,63±0,48	1,79±0,40	-2,3	<b>0,021</b>	1,71±0,45	1,63±0,48	-1,265	0,206
<b>MMÖ-Motivasyon Düzeyi</b>	1,40±0,48	1,77±0,42	-4,243	<b>&lt;0,001</b>	1,59±0,49	1,63±0,48	-0,557	0,564
<b>Sağlık Anksiyetesi Ölçeği</b>	33,10±12,76	32,24±11,23	-1,027	0,304	34,22±10,23	35,22±9,20	-1,981	<b>0,048</b>
<b>SAÖ Kontrol Merkezi</b>	11,85±2,83	12,75±2,90	-3,316	<b>0,002</b>	13,26±2,86	13,71±2,82	-1,232	0,224
<b>SAÖ Kesinlik</b>	10,59±3,04	11,08±2,88	-2,020	<b>0,049</b>	11,55±2,32	11,34±2,22	1,606	0,115
<b>SAÖ Öz Farkındalık</b>	10,61±2,05	11,40±2,63	-3,365	<b>0,001</b>	9,67±1,97	9,71±1,93	-1	0,317
<b>SAÖ Sağlığın Önemi</b>	11,04±2,95	11,53±2,75	-1,210	0,077	10,95±2,29	10,77±2,08	1,543	0,130

- Analiz olarak normal dağılımlı gruplarda Paired- Samples T Test, normal dağılım göstermeyen gruplarda ise Wilcoxon Signed-Rank Test kullanıldı.

## 5. TARTIŞMA

Kişilerin hastalıkları ve kullandıkları ilaç rejimleri hakkında bilgi sahibi olmaları ile hipertansiyon başta olmak üzere kronik hastalıklarda ilaç uyumunun artırılacağı düşünülmektedir (46). Bu çalışma daha önce yapılan hipertansiyon ilaç uyumu çalışmalarından farklı olarak eğitimsel bir müdahale içermektedir. Literatür taramasında hastaların ilaç uyumunun eğitimle birlikte artırılması gerekliliği belirtilmekle birlikte, hastalara uygun eğitim ve takip programlarını konu alan çalışma sayısı oldukça azdır.

Ayrıca hipertansiyonun sadece kan basıncı yüksekliğinden ibaret olmaması, hastalığı etkileyen ve tetikleyen birçok faktörün olması bu çalışmayı önemli kılmaktadır. Daha önce yapılan ilaç uyumu çalışmalarından farklı olarak sunulan araştırmada, verilen eğitim sonucunda hastaların sağlık çıktılarındaki değişim incelendi. İlâveten bu çalışma, hastaların sağlık algısını ve anksiyete düzeyini ölçmesi ile bir ilktir. Bu araştırmanın hipertansiyona bütüncül bir yaklaşım sağlaması açısından literatüre önemli katkılar sunduğunu düşünmekteyiz.

Hipertansiyonun 40 yaş ve üzeri kadınlarda sık olması TEKHARF ve PATENT çalışmalarında gösterilmiştir (14,15). Sunulan çalışmada da benzer sonuçlar bulundu. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktaydı ve büyük bir kısmını 40 yaş üzeri hastalar oluşturdu.

Kullanılan MASES-SF Ölçeği ile hastaların başvuru anındaki sistolik ve diyastolik kan basınçları karşılaştırıldığında; kan basınçları kontrol altında olmayan hastaların ilaç uyumunun düşük olduğu ve kan basıncı normal seviyelerde olan hastaların ise ilaç uyumunun yüksek olduğu tespit edildi. Sunulan çalışmayla benzer şekilde, MASES-SF Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da sistolik ve diyastolik kan basıncı kontrol altında olan hastaların MASES-SF puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (42). Ogedegbe ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada da kullanılan ilaca iyi uyum gösteren hastaların kan basıncı ölçümlerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (40). Bu çalışma bir kez daha hasta bilinçlendirmenin ilaç uyumuna dolayısıyla sağlık çıktısı üzerine olumlu etkisini göstermektedir.

Bu araştırmada kullanılan ilaç uyumu ölçeklerinden MASES-SF puanı ile diğer çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda hastaların ilaç uyumunun orta düzeyde olduğu söylenebilir. Konya'nın bir ilçesinde çoklu ilaç kullanan hastalar üzerinde yapılan ilaç uyumu çalışmasında, yaşla birlikte ilaç uyumunun azaldığı tespit edilmiştir (47). Geriyatrik hipertansif hastalar üzerinde yapılan bir çalışmaya baktığımızda Kankaya ve ark. (2017) MASES-SF puanına göre ilaç uyumunu orta düzey olarak saptamışlardır. Çalışmada ayrıca yaşlanmayla birlikte ilaç uyumunun azaldığını ve artan yaşla birlikte uyumu bozan birçok faktörün ortaya çıktığını belirtmişlerdir (48). Özdemir ve ark. (2016) geriyatri polikliniğindeki hastalarda MASES-SF yüksek bulmuş, yapılan diğer çalışmalara nazaran yüksek bir puan elde edilmesini bu poliklinikte hastalara hipertansiyon ilaç tedavisine yönelik eğitimlerin verilmesinin etkilediği öne sürülmüştür (49).

İlaç uyumu ile yaş kategorisi ilişkisine bakıldığında; Mollaoğlu ve ark. (2015) tedaviye uyum düzeyi ile yaş dağılımını arasında anlamlı fark bulmamışlar ancak

antihipertansif ilaçlara karşı tutumun ilerleyen yaşla birlikte arttığını ve bu durumu bireylerin tedaviyi kabul etme eğilimi ile açıklamışlardır (50). Cingil ve ark. (2009) 194 hastada, 49 yaş ve altında olan hipertansif bireylerin 50 yaş ve üzerinde olan hastalara göre ilaç kullanımının daha düzensiz olduğunu saptamışlardır (51). Bu araştırmada ise yaş grupları ile hastaların ilaç uyumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür taramasında, farklı yaş gruplarındaki hastaların ilaç uyumu ilişkisinin farklı sonuçlar vermesi hastaların yaşadığı bölgeye veya kültürel düzeylerine bağlı değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir.

Sunulan çalışmada cinsiyet ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı, fakat kadınların ilaç uyumu daha yüksek bulundu. Özdemir ve Demirbaş'ın çalışmalarında da sunulan çalışmaya benzer şekilde fark bulunamamıştır (47,49). Mollaoğlu ve Kankaya'nın araştırmasında erkeklerde ilaç uyumu düşük bulunmuş; Kankaya cinsiyet arasındaki farkın olmasını kadınların erkeklere göre toplum içerisinde daha fazla sorumluluk almasına, yaşamlarını erkeklere göre bir program içerisinde düzgün bir şekilde devam etmelerine bağlamıştır (48,50). Bu araştırmada kadınların hipertansiyon bilgi düzeyi erkeklerden yüksek bulundu. Kara ve ark. (2017) cinsiyet ile bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulmamıştır (52). Kim ve ark. (2007) kadınlar ve erkekler arasında ilaç uyumu arasında fark bulmamıştır (53).

Sunulan araştırmada ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyi olan hastaların ilaç uyumu puanı daha yüksek bulundu fakat istatistiksel bir anlam bulunmadı. Özdemir ve ark. (2016) benzer sonuç bulurken (49), Gün ve Korkmaz ise eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumunun azaldığı bulmuştur (54). Ergün ve ark. (2007) ise düşük eğitim düzeyi olan hipertansiyon hastalarının ilaç uyumunun düşük olduğunu göstermiştir (46). Çalışmalarda bulunan bu farklı sonuçlar hastaların eğitim düzeyinden ziyade hipertansiyonu nasıl tanımladığı ve sağlık algısının ne kadar önemli bir gösterge olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca hasta sayısı arttığında, daha geniş popülasyonlarda durum değişebilir.

Bu çalışmada tanı süresi ile motivasyon düzeyi karşılaştırıldığında, yeni tanı alan hipertansif bireylerin motivasyon düzeyi daha yüksek bulundu. Demirbaş ve Kutlu'nun yapmış olduğu çalışmada hastalık tanı süresi arttıkça hastanın tedavi ile ilgili motivasyon ve bilgi düzeyinin azaldığını bulmuşlardır (47). Çin'de yapılan bir çalışmada; kısa ilaç kullanım süresi ile ilaç uyumu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (55). Hastaların tanı aldıktan sonra yüksek bir motivasyonla ilaç kullanımı ve sonrasında ilaçlarını aksatmaları yaşla ortaya çıkabilecek sağlık algısının düşüşüne ayrıca ek hastalıklara bağlanabilir. Diğer taraftan tanı süresi uzadıkça ve hastaların hastalıkları ile yaşamaya alışması sonucunda,

hastalıklarını içselleştirdikleri, bu sebeble normal bir durum algısı oluşturmaları nedeniyle tedavilerini aksattıkları düşünülebilir. Bu bağlamda tekrar bakıldığında, çalışmada kullanılan ilaç sayısı ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmada kullanılan ilaç sayısı ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı, fakat üç ve üzeri ilaç kullanan hastaların puan ortalaması daha yüksek bulundu. Farklı olarak, Mollaoğlu ve ark. (2015) tek ilaç kullananların ilaç uyumu daha yüksek bulmuştur (50). Sunulan çalışmada günlük kullanılan hipertansiyon ilaç sayısı arttıkça hastaların motivasyon düzeyinin de anlamlı arttığı bulundu. Fakat hastaların sağlık farkındalığı kullanılan ilaç sayısı ile ters orantılı olarak değişmekteydi. Ayrıca hipertansiyonun vücuttaki etkilerini bilen hastaların motivasyon düzeyi daha yüksek bulundu. Yapılan iki çalışmada ise, sunulan çalışmanın aksine kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastanın tedavi ile ilgili motivasyon ve bilgi düzeyi de azaldığını bulunmuştur (47,52). Bu konuyla ilgili olarak daha geniş katılımlı yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri benzer uzun süreli takip gerektiren çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Gün ve Korkmaz'ın hipertansif hastalarda yaptığı çalışmada vücut kitle indeksinin artmasıyla birlikte ilaç uyumunun azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca diyetine yeterince özen göstermeyen hastaların aynı zamanda ilaca da uyum göstermeyeceklerini ileri sürmüştür (54). Sunulan araştırmada ise farklı olarak vücut kitle indeksi ile ilaç uyumu arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. Hastaların büyük bir kısmı obez kişilerden oluşmasına rağmen genel olarak ilaç uyumunun orta düzeyde bulunması daha ayrıntılı ve geniş çaplı çalışmalar ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada; yaş, ilaç kullanım süresi ve eğitim düzeyi ile motivasyon-bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kara ve ark. (2017) sunulan araştırmayla benzer sonuçlar bulmuştur (52). Lee ve ark. (2013); genç yaş, kısa ilaç kullanım süresi ile ilaç uyumu arasında negatif bir ilişki bulmuştur (55). Hastaların eğitim düzeyi ve ilaç kullanma süresi gibi çok önemli kavramlarla ilaç kullanmadaki motivasyonun dahası bilgi düzeyinin ilişkili olmaması şaşırtıcıdır. Bu sonuç hipertansiyonu bir bütün olarak tüm yönleriyle ele almanın önemini göstermektedir. Hastalara verilecek olan eğitimde, bazen yüksek eğitim düzeyi olan hastalara klinisyenlerin uyguladığı 'zaten sen bunu bilirsin' gibi yaklaşımların yanlış olduğunu, hastalara hiç birşey bilmediğini varsayarak yaklaşmayı önemli kılmaktadır.

Bu çalışmada ailesinde hipertansiyon öyküsü olan hastaların hastaların sağlık farkındalığı yüksek bulundu. Bu durum bireylerin kendisinde de hipertansiyon olabileceği olasılığına bağlı farkındalığın artmasına ve kişilerin sağlığını etkileyebilecek faktörleri

sorgulamasına bağılı olabilir. Benzer olarak, Ergün ve ark. (2007) yaptığı çalışmada da aile öyküsü olan hastaların bazı faktörlerden bağımsız olarak hipertansiyon ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu gösterilmiştir (46). Bir başka çalışmada hipertansiyon kontrolünü aile öyküsünde kalp hastalığı olanlarda olmayan hastalara göre 1,41 kat daha yüksek bulunmuştur (56).

Sunulan araştırmada kişinin sağlıklı olmak için yapması gerekenler hakkında bir fikre sahip olması; eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda, hipertansiyonun etkilerini bilen hastalarda ve daha sık hipertansiyon kontrolü yaptıran hastalarda anlamlı olarak yüksek bulundu. Kan basıncını etkileyen etmenler üzerine yapılan geniş çaplı bir çalışmada eğitim düzeyinin artması ile kan basıncı kontrol sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (56).

Çin’de hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada; kötü algılanan sağlık durumu ile ilaç uyumu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (55). İsveç’te yapılan bir çalışmada, hipertansiyon hastalarında düşük genel sağlık algısı bulunmuştur. Hipertansiyon genellikle semptomsuz bir hastalık olmasına rağmen sağlık algısında önemli ölçüde düşük puanlar hesaplanmıştır. Ayrıca hipertansif hastaların fiziksel aktivitelere katılımı ve egzersiz yapmayı hayatın bir parçası olarak görmelerini de düşük bulunmuştur (57). İzmir’de yapılan bir araştırmada sağlık algısı kötü olan kişilerde hipertansiyon varlığı 1,22 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (56). Sunulan çalışmada ise sağlık algısı ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hastalara verilecek eğitimle sağlık algısını güçlendirmek, hastaların ilaç uyumunu artırmanın yanında geniş çaplı etki yaratabilir. Bireylerin bilinçlenmesi sonucunda; spor, zararlı alışkanlıkları bırakma, diyetine uyma gibi faktörlerle birlikte kişilerin daha sağlıklı bir yaşam sürmesine olanak sağlayabilir, tüm bunlar sağlık algısını geliştirmekle ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Sunulan çalışmada; cinsiyet, aile tipi ve eğitim düzeyi ile hastaların anksiyete puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Karabulut ve arkadaşlarının yaptığı hipertansiyon hastalarında anksiyete düzeyi çalışmasında hipertansif hastalarda orta düzeyde anksiyete bulunmuş; cinsiyet, aile tipi ve eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışlardır. Ayrıca hipertansif hastalara anksiyeteyi azaltacak davranışsal müdahaleler eğitimlerinin verilmesi gerektiğini önermişlerdir (58). Hipertansif hastalarda yapılan bir çalışmada eğitim ve ekonomik düzeyi hariç tutulduğunda genç hastaların hipertansiyon kontrollerini yaşlı hastalara göre daha az aksattığını gösterilmiş ve bu durumun; yaşlılarda görülen genel tıbbi bozuklukla alakalı duygudurum bozukluğu ile ilişki kurulabileceğini düşündürmüştür (46).

Sağlık kuruluşlarında kronik hastalığı olan ve çok sayıda ilaç kullanması gereken hastaların sağlık çalışanları tarafından düzenli izlem ve eğitimlerinin yapılması, uyumsuzluğa neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi, tedaviye uyum ve motivasyonun düzeyinin artmasını sağlayacaktır (47). Kore’de yapılan bir çalışma hipertansiyon tedavisinde hastaların eksik bilgidan dolayı antihipertansif ilaçlara kasıtlı olarak uyulmadığını göstermektedir. Sonuçlar, antihipertansif ilaçların yararları ve yan etkileri de dahil olmak üzere, hastanın yüksek kan basıncı hakkında artan bilgi birikimine odaklanan bir müdahaleye olan güçlü ihtiyacı olduğunu çalışmalarında vurgulamışlardır. Bu tip odaklı müdahale, antihipertansif ilaçlara kasıtlı olarak uyulmamasını azaltmaya yardımcı olabilir ve sonuç olarak bu yüksek riskli grupta yeterli kan basıncı kontrolü elde edilmesine neden olabilir (53). Sunulan çalışmada eğitim verilen hastaların hem sistolik hem de diyastolik kan basıncı kontrollerinde anlamlı düşüşler saptanmıştır. Hastaların verilen eğitim sayesinde bilinçlenmesi, farkındalığın artması ve kullanılan ilaca olan uyumun artması sonucunda kan basınçlarında önemli derecede iyileşmeler gözlenmiştir.

Genelde önemsiz olarak kabul edilen hafif düzeyde potasyum eksikliği, primer hipertansiyon gelişimine neden olabilecek önemli bir neden olabilir. Vücudun baskın kationlarının ortak kardiyovasküler etkilerini inceleyen son çalışmaların sonuçları, sodyum fazlalığı ve potasyum eksikliğinin vücutta hipertansiyon ve ilişkili kardiyovasküler patogeneze yol açabileceğini göstermiştir (59). Sunulan araştırmada ise hastaların sodyum ve potasyum sonuçları incelendi ve ortalamaları normal aralık içerisinde değerlendirildi. Hastalara eğitim verildikten sonra sodyum ve potasyum sonuçlarında anlamlı bir değişim saptanmadı.

Nwafor ve arkadaşlarının 150 hipertansiyon hastası üzerinde yaptıkları çalışmada serum kreatinin değerini  $0,9\pm 0,03$  mg/dL olarak bulmuş ve kontrol grubuyla karşılaştırdıklarında kreatinin yüksek bulunmuştur. Bu hastaların kontrol altında olmasına ve kan basıncı ile takip edilmesine rağmen böyle bir sonucun çıkmasını hipertansiyona bağlı böbrek hasarının bir göstergesi olabileceğini düşünmüşlerdir (60). Sunulan çalışmada ise böbrek fonksiyon testleri Nwafor ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile yaklaşık aynı sonuçlar elde edildi, hastalara eğitim verildikten sonra böbrek fonksiyon testlerinde anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Bu çalışmaların sonuçlarını değerlendirilmesi sırasında hastaların kullanmakta oldukları antihipertansif ilaç grubunun da kayıt altına alınması gerektiği akılda tutulmalıdır. Hipertansiyonun uzun bir süreç sonrası böbrek hasarı oluşturduğu düşünüldüğünde, ilaç uyumu ve laboratuvar değerleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için uzun süreli takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Lee ve ark. (2013) ilaç uyumunu düşük bulması sebebiyle daha fazla ilaç uyumu artırma stratejisinin bu hasta gruplarında odaklanması gerekliliğini belirtmiştir (55). Lulebo ve ark. (2015) hipertansiyonun komplikasyonları hakkında zayıf bilgi düzeyi olan hastalarda antihipertansif tedaviye uyumsuzluğun 2,4 kat fazla olduğunu, hipertansif bireylere eğitim verilmemesi tedaviye olan uyumsuzluğu 1,7 kat arttırdığını göstermiştir (61). Ekinci ve ark. (2017) hipertansiyon hastalarına günlük ilaç hatırlatıcı kısa mesaj (SMS) göndermiş ve hastaların ilaç uyumunu ölçmüşlerdir. İki ay sonrasında müdahale grubunun kan basıncı değeri kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşmüş, ayrıca ilaç uyumu müdahale grubunda anlamlı bir şekilde artmıştır (62). Kankaya ve ark. (2017) ilaç uyumunu düzeltebilmek için yaşlı hipertansiflere ilaç uyumu eğitim programlarının düzenlenmesi ve belirli periyotlarla kontrollere çağırılması ile ilaç uyuncunun geliştirebileceğini belirtmişlerdir (48). Lim ve ark. (2018) Kore’de hipertansiyon hastalarında yapmış olduğu bir çalışmada hipertansiyon kontrolünü iyileştirmeyi, davranış değişikliğini teşvik etmeyi ve katılımcılar arasında hipertansiyon tedavisine devam etmeyi amaçlayan bir program düzenlemişlerdir. Başlangıçta %72,5 hipertansiyon kontrol oranı, 1 yıl sonra %81,3’e ve 2 yıl sonra ise %82,4’e yükselmiştir. Tedavinin sürekliliği, hipertansiyon öz yönetiminin tamamlanması ve programa daha uzun katılım süresi, hipertansiyon kontrol oranındaki iyileşmelere katkıda bulunmuştur (63).

Sunulan çalışmada hipertansiyon hastalarına verilen eğitim sonucunda ilaç uyumunu gösteren ölçeklerin puanları altı ay sonunda anlamlı olarak yükseldi. Eğitim alan hastaların kan basınçları belirgin olarak azaldı. Hastaların bilinçlenmesi sonucu sağlık algılarında anlamlı yükselmeler oldu, anksiyete düzeylerinde ise anlamlı bir değişim saptanmadı. Hipertansiyon hastaları aile hekimliği pratiğinde en sık rastlanan hastalıkların başında gelmektedir. Aile hekimlerinin hastalarını eğitmesi ve sağlık algılarını artırması sonucunda hastaların kan basınçları kontrol altında tutulabilir. Çalışmanın kısıtlılıklarına bakıldığında; hasta sayısının nispeten az olması, üçüncü kontrolün COVID-19 pandemisi sebebiyle hastalarla yüz yüze yapılamaması, bazı hastaların kan tetkik sonuçlarının farklı hastanelerde yaptırması olarak sayılabilir.

## **6. SONUÇLAR**

Dünya nüfusunun büyük bir kısmında başta hipertansiyon olmak üzere kronik hastalıkların oldukça yaygın görülmesi sonucunda tanı, tedavi ve takip programları önem kazanmıştır. Hastalara doğru ve tam bir tanı konulduktan sonra kişilerin yaşam tarzı

değişiklikleri ile birlikte en önemli noktayı tedavi belirlemektedir. Hekim tarafından verilen tedaviye hastaların uymaması çok sık rastlanan bir sorundur ve doktorların işini zorlaştırmaktadır. Ayrıca hastaların tedaviye gereken önem vermemesi sonucunda kan basınçları yüksek seyretmekte ve hipertansiyona bağlı birçok komplikasyon ortaya çıkmaktadır. Hastalara eğitim verilerek ilaç uyumunu artırmaya yönelik yapılan çalışma sayısı oldukça azdır.

Hastaların ilaç uyumun ölçmek için iki farklı ölçek kullanıldı. Sonuç olarak ilk başvurudaki ilaç uyumu literatürle karşılaştırıldığında normal olarak hesaplandı. Hastalara verilen etkili eğitim sayesinde müdahale grubunda ilaç uyumu arttı. Çalışmaya katılanlarla yapılan kontrol görüşmesinde, müdahale grubundaki hastalardan oldukça güzel geri dönüşler alındı ve hastaların doktora olan güvenleri dahi arttı. Eğitim alan hastalarla yapılan kontrol görüşmelerinde sık sık şöyle cümleler duyuldu: ‘Sizinle konuştuğuktan sonra ilaçlarımı bir gün bile aksatmadım’, ‘kendimi iyi hissetsem dahi ilacımı kullanmayı bırakmadım’, ‘yan etkiler geliştiğinde bunu ilaca bağlamadım ve hemen hastaneye başvurdum’. Bu çıkarımlar üzerinden değerlendirildiğinde, hastaların büyük bir kısmı ilacı uygun bir şekilde kullanmayı hayatlarının bir parçası olarak görmeye başladığı sonucuna ulaşılabilir.

Sağlığın; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olması nedeniyle hipertansiyona sadece ilaç tedavisi ile yaklaşmak yanlış olacaktır. Bireylerin kendisini nasıl gördüğünün ve hastalığına olan bakış açısının tedaviye olan uyumu da etkileyebileceğini gösteren araştırma sayısı azdır. Hastalara sadece ilaç uyumuyla ilgili bir eğitim verilmesine rağmen sağlık algısının artması önemlidir. Bununla birlikte hastaların bilgi düzeylerinin artmasına rağmen kaygı düzeyinde azalma olmadığı tespit edildi.

Ülkemizde her geçen gün daha da değerlendirilen aile hekimliği uygulamalarının hipertansiyon hastaları için ayrı bir önemi vardır. Hastaların düzenli olarak görüştüğü tek hekim olarak düşünürsek, aile hekimlerinin bu hastalara eğitim vermesi ve belli aralıklarla hipertansif hastaların bilgilerini kontrol etmesi oldukça önem arz etmektedir. Hastaların bilinçlenmesi, sağlık algısının artması ve kaygı düzeyinin azalması hipertansiyon için köşe taşı olabilir. Bu eğitim programlarının belirli periyotlarla hastalara sunulması sonucunda kan basıncı kontrolleri sağlanabilir, olası komplikasyonların önüne geçilebilir ve hastaların üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına tekrar tekrar başvurularının önüne geçilebilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurularda ilk sıralarda yer alan hipertansiyon hem hastalara hem de devlete mali açıdan yük bindirmektedir. Hastaların ilaçlarını düzenli ve

olması gerektiği gibi kullanması durumunda bu mali yük azaltılabilir.

## **7. ÖNERİLER**

Hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesini artırmak hasta ile hekim arasında yapılacak görüşmelere bağlıdır. Doktor hastasının yaşam şartlarını dikkate almalı aynı zamanda hasta da hekimin verdiği ilaç tedavi ve önerisine harfiyen uymalıdır, böylece hasta-hekim diyalogu kurularak ortak bir karar alınmalıdır. Hasta hipertansiyon ve ilaçlar hakkında yeterince bilgilendirilmezse ilaç tedavisinden yeterince fayda görmeyebilir, bu nedenle hastaların hipertansiyona karşı tutumunu kuvvetlendirmek önemlidir.

Kliniğe başvuran hastalardan öykü alınırken ilacı nasıl kullandığına yönelik sorgulama da yapılmalı ve hastaların yanlışları düzeltilmelidir. İnsanların doğası gereği zamanla bazı bilgileri unutması kaçınılmazdır, bu nedenle takip altındaki hastalara sosyoekonomik ve kültürel düzeyine bakılmaksızın düzenli eğitim verilmesi elzemdir.

Hekimler hastalarını düzenli bir şekilde takip etmezse hastaların olumsuz birçok durumla karşı karşıya kalması kaçınılmazdır. Tıp fakültesi öğrencilerine hipertansiyon ilaçları ile ilgili bilgi verilmesinin yanı sıra; hasta bilgilendirmesi ve hasta takibinin önemi, hastaların sağlık algılarını geliştirebilmek için çaba sarfetmenin, hasta eğitiminin sağlık çıktılarına katkısı konusunda da eğitim verilmelidir.

Tıp fakültesinden mezun olan hekimlere de belirli zaman aralıkları ile, zorunlu sürekli mesleki gelişim eğitimleri kapsamında hasta eğitimi ve danışmanlık programları hakkında bilgi vermek gerekmektedir. Hastalar için ilk basamak olması ve hekimle sürekli iletişim içerisinde olması nedeniyle aile hekimleri adeta orkestra şefi görevi görmektedirler. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki tüm hekimlere eğitim programları ve kurslar düzenlemek bilhassa önem arz etmektedir. Ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitiminde kronik hastalara yönelik takip programlarının yanı sıra, hastaların sağlık algısını geliştirebilecek ve kaygı düzeyini azaltabilecek eğitimlerin de verilmesi uygun olacaktır.

## **8. KAYNAKLAR**

1. World Health Organization. A global brief on hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis 2013.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_ara.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_ara.pdf)  
f. Erişim tarihi 04 Kasım 2020.

2. Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, Tuna Matbaacılık; 2019.

3. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. Turk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535–546.

4. World Health Organization Adherence to long-term therapies: Evidence for action, Geneva 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>. Erişim tarihi 11 Kasım 2020.

5. St George IM. Patient education leaflet for hypertension: a controlled study. J R Coll Gen Pract 1983;33(253):508–510.

6. Fembach V. et al. The Concept of Planned, Hospital Based Patient Education Programs Task Force, Patient Education for the President’s Committee on Health Education, 1972.

7. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med 2002; 32: 843-853.

8. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. Noro Psikiyatı Ars 2013; 50:325-331.

9. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32:47-53.

10. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults’ perceptions of health: preliminary findings. J Community Psychol 2007;35(5):557-61.

11. Sawicka K, Szczyrek M, Jastrzebska I, Prasal M, Zwolak A, Daniluk J. Hypertension—the silent killer. Journal of Pre-Clinical and Clinical Research 2011;5(2).

12. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Kardiol Pol 2019;77(2):71–159.

13. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. Circulation 2016;134(6):441–450.

14. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens* 2016;34(6):1208-17.
15. Onat A, Can G, Yüksel H. TEKHARF: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. 2017: Onat A(edt) .
16. Kotchen TA. Hypertensive vascular disease. In: Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo JL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine* [Internet]. New York: McGraw-Hill Education; 2018 [cited 2020 Nov 14]. Chapter 271.
17. Kleinert HD, Harshfield GA, Pickering TG, Devereux RB, Sullivan PA, Marion RM, et al. What is the value of home blood pressure measurement in patients with mild hypertension? *Hypertension* 1984;6(4):574–578.
18. Stergiou G, Palatini P, Asmar R, De la Sierra A, Myers M, Shennan A, et al. Blood pressure measurement and hypertension diagnosis in the 2017 US guidelines: first things first. *Hypertension* 2018;71(6):963–965.
19. Myers MG, Godwin M, Dawes M, Kiss A, Tobe SW, Kaczorowski J. Measurement of blood pressure in the office: recognizing the problem and proposing the solution. *Hypertension* 2010;55(2):195–200
20. Stergiou GS, Asayama K, Thijs L, Kollias A, Niiranen TJ, Hozawa A, et al. International Database on Home blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDHOCO) Investigators. Prognosis of white-coat and masked hypertension. *Hypertension* 2014;63(4):675–682.
21. Irmak Z, Düzöz T, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2007;14(2):39-47.
22. Alwan A, et al. *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010: Description of the Global Burden of NCDs, Their Risk Factors and Determinants*. (World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2011).
23. Türk Kardiyoloji Derneği (2017). Türk kardiyoloji derneği ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. Erişim tarihi 04 Kasım 2020. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>
24. World Health Organization. *European status report on alcohol and health. Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*, Geneva 2010. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf). Erişim tarihi 04 Kasım 2020

25. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial of 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* 2007;28:1462-1536.
26. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension* 2005;45(1):142–161
27. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. National high blood pressure education program: the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42:1206–1252.
28. Sutters M. Systemic Hypertension. In: Papadakis MA, McPhee SJ, editors. *Current Medical Diagnosis & Treatment* [Internet]. New York: McGraw-Hill Education; 2020 [cited 2020 Nov 4]. Chapter 11.
29. Cramer J. Medicine partnerships. *Heart* 2003;89(2):19-21
30. Cheng JW, Kalis MM, Feifer S. Patient-reported adherence to guidelines of the sixth joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Pharmacotherapy* 2001;21(7):828–841.
31. Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Säljö R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol* 2000;76(2-3):157–163.
32. St George IM. Patient education leaflet for hypertension: a controlled study. *J R Coll Gen Pract* 1983;33(253):508–510.
33. Levine DM, Green LW, Deeds SG, Chwalow J, Russell RP, Finlay J. Health education for hypertensive patients. *Jama* 1979;241(16):1700–1703.
34. Merikangas KR. Anxiety Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* [Internet]. Philadelphia:Wolters Kluwer;2017 [cited 2020 Nov 7]. Chapter 14.1.
35. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu. In: Uğur M, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N, editors. 2008;25–30.
36. Wei T-M, Wang L. Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community-based study. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(3):315–322.

37. Sen A. Health: perception versus observation: self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *BMJ* 2002;13;324(7342): 860–861
38. Milne BJ, Logan AG, Flanagan PT. Alterations in health perception and life-style in treated hypertensives. *J Chronic Dis* 1985;38(1):37–45.
39. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, et al. What are the most common conditions in primary care?: Systematic review. *Can Fam Physician* 2018;64(11):832–840.
40. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African American patients. *J Clin Epidemiol* 2003;56(6):520-529.
41. Fernandez S, Chaplin, W, Schoenthaler AM, Ogedegbe G. Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *J Behav Med* 2008;31(6):453-462
42. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formunun Türkçe'sinin geçerliliği. *Anatol J Cardiol* 2012;12(3):241
43. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.
44. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. *Jour Turk Fam Phy* 2012;3(4):17-20.
45. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2014;15(2).
46. Ergün UGÖ, Yildirim MY, Alparslan N. Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyo-ekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyuncu. *Türk Aile Hek Derg* 2007;6(4):165-171.
47. Demirbaş N, Kutlu R. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Med J* 2020;20(2):269-280.
48. Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut Ö, Kurt E. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. *EGEHFD* 2017;33(3):1-10.
49. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Med J Bakirkoy* 2016;12(4):195–201.
50. Mollaoglu M, Solmaz G, Mollaoglu M. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat* 2015;54(4.):438–443.
51. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon

hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2009;37(8):551–556.

52. Kara DD, Ertan M, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics. *TJFMPC* 2017;11(4):227-234.

53. Kim EY, Han HR, Jeong S, Kim KB, Park H, Kang E, et al. Does knowledge matter?: intentional medication nonadherence among middle-aged Korean Americans with high blood pressure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2007;22(5):397–404.

54. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *DEUHYO ED* 2014;7(2):98-108.

55. Lee GK, Wang HH, Liu KQ, Cheung Y, Morisky DE, Wong MC. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PloS one* 2013;8(4):e62775.

56. Sözmen K, Ergör G, Belgin Ü. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontr olünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Derg* 2015;42(2):199–207.

57. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol* 2001;54(2):172–181.

58. Karabulut N, Kılıç D, Köse S. Hipertansiyonlu bireylerde öfke ve anksiyete düzeyleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004;1303:1-8.

59. Adrogué HJ, Madias NE. The impact of sodium and potassium on hypertension risk. *Semin Nephrol* 2014;34(3):257-72.

60. Nwafor NN, Adeyekun AA, Adenike OA. Sonographic evaluation of renal parameters in individuals with essential hypertension and correlation with normotensives. *Niger Journal Clin Pract* 2018;21(5):578–584.

61. Lulebo AM, Mutombo PB, Mapatano MA, Mafuta EM, Kayembe PK, Ntumba LT, et al. Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2015;8(1):526.

62. Ekinçi F, Tuncel B, Coşkun DM, Akman M, Uzuner A. Effects on blood pressure control and compliance for medical treatment in hypertensive patients by sending daily sms as a reminder. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017;9(2):136–141.

63. Lim SM, Park YH, Jhang WG, Kim YT, Ahn EM, Kim GH, et al. Evaluation of community-based hypertension control programme in South Korea. *Ann Acad Med Singapore* 2018;47(4):143–148.

## 9. EKLER

### Ek-1. Etik Kurul Onay Formu



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



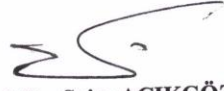
Sayı : 14567952-050/1482  
Konu :

Tarih : 10.10.2019

Sayın

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:01.10.2019 tarihli dilekçeniz;  
“Hipertansif Hastalarda Eğitimin İlaç ve Tedaviye Olan Uyuma Etkisinin Araştırılması” başlıklı Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU’ nun sorumluluğunda, Arş. Gör. Dr. Ahmet Emre HATIR ve Dr. Öğr. Üyesi Yakup ALSANCAK’ ın yardımcı araştırmacısı olduğu uzmanlık tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 04 Ekim 2019 tarihinde aldığı 2019/2102 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Kararı

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA  
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Sayısı:95**

**Toplantı Tarihi: 04 Ekim 2019**

**Karar Sayısı:2019/2102:**Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU' nun "**Hipertansif Hastalarda Eğitimin İlaç ve Tedaviye Olan Uyuma Etkisinin Araştırılması**" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 01.10.2019 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Ahmet Emre HATIR' ın uzmanlık tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU' nun sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Ahmet Emre HATIR, Dr. Öğr. Üyesi Yakup ALSANCAK

**ASLI GİBİDİR**

**04.10.2019**

**Ömer KONDU**

**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Sekreteri**

## EK-2. ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET FORMU

### Değerli katılımcılar;

Aşağıda size yöneltilen sorular hipertansif hastalarda eğitimin ilaç ve tedaviye olan uyuma etkisinin araştırılmasını amaçlayan tıpta uzmanlık tamamlama tez çalışması için hazırlanmıştır. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Lütfen size uygun yanıtları, boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız. Katılımınız ve araştırmamıza desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Hasta TC Kimlik Numarası:
2. Dosya No.....
3. Telefon No: 1).....2).....
4. Yaş .....
5. Cinsiyet: ( )Kadın ( )Erkek
6. Yaşadığı Yer: ( )Konya ( ) Konya dışı
7. Eğitim Durumu: ( )Okur-yazar değil ( )İlköğretim ( )Ortaöğretim ( )Lise ( )Üniversite
8. Çalışma Durumu: ( )Halen çalışıyorum ( )Çalışmıyorum
9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? : ( )Kötü ( )Orta ( )İyi
10. Medeni Durum: ( )Evli ( )Bekar
11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? ( )Yalnız yaşıyorum ( )Aile ya da arkadaşla birlikte yaşıyorum
12. Hipertansiyon hastalığınıza eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?(şeker, kalp hastalığı gibi)  
( )Evet(lütfen belirtiniz:.....) ( )Hayır
13. Tansiyonunuzu nerede ölçtürürsünüz? ( )Ev ( )Eczane ( )Aile Sağlığı Merkezi
14. Bu sabah tansiyon ilacınızı aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
15. Kaç yıldır yüksek tansiyon hastasıınız?.....
16. Hastaneye hipertansiyonla ilgili acil bir nedenden dolayı hiç yattınız mı? ( ) Evet ( )

Hayır

17. Ailenizde hipertansiyon hastalığı olan var mı?

( ) Evet(lütfen belirtiniz:.....)

( ) Hayır

18. Hipertansiyon ve etkileri ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

19. Günde toplam kaç tane ilaç alıyorsunuz?.....

20. Hipertansiyon hastalığının ne gibi etkileri olduğunu biliyor musunuz? ( ) Evet ( )

Hayır

21. Hipertansiyon kontrolünüzü ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

( )Üç ayda bir ( )Altı ayda bir ( )Yılda bir ( )Diğer.....

22. Haftada en az 150 dakika egzersiz yapar mısınız?

( )Evet ( )Hayır

23. Halen sigara kullanıyor musunuz? ( )Evet ( )Hayır ( )Bıraktım.....yıl önce

TARİH	Boy(cm)	Kilo (kg)	Tansiyon (mmHg)	Na	K	Üre	Kreatinin	TİT

-Kontrollerde ilaç değişimi oldu mu? Olduysa hangi kontrolde oldu?

**REVİZE İLACA UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ- KISA FORM (MASES-SF)**

Aşağıdaki soruların her biri için size en uygun olanı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

Tansiyon ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?

	Hiç Emin	Biraz	Eminim	Çok
	Değilim	Eminim		Eminim
Evde meşgul olduğunuzda				
Size hatırlatacak birisi olmadığında				
Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde				
Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde				
Ailenizle beraber olduğunuzda				
Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda				
Öğünler arasında almanız gerektiğinde				
Seyahatlerde				
Günde birden fazla almanız gerektiğinde				
Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde				
Kendinizi iyi hissettiğinizde				
Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda				
Her zaman ilaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?				

**MODİFİYE MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ (MMÖ)**

Lütfen aşağıdaki soruları yandaki “evet” “hayır” sütununa çarpı “x” koyarak işaretleyiniz.

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

## SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1.

A)	Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
B)	Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
C)	Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
D)	Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

A)	Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim.
B)	Yaşıtlarım kadar ağrı/ acı hissederim.
C)	Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/ acı hissederim.
D)	Bedenimde sürekli ağrı/ acı hissederim.

3.

A)	Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
B)	Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
C)	Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
D)	Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4.

A)	Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
B)	Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
C)	Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
D)	Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.

A)	Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
B)	Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
C)	Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
D)	Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

A)	Kendimi hasta olarak hayal etmem.
B)	Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
C)	Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
D)	Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

A)	Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
B)	Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
C)	Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
D)	Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

A)	Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
B)	Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
C)	Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
D)	Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

A)	Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
B)	Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

C)	Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
D)	Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

A)	Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
B)	Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
C)	Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
D)	Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

A)	Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
B)	Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
C)	Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
D)	Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

A)	Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
B)	Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
C)	Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
D)	Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

A)	Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
B)	Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
C)	Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
D)	Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.

A)	Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
B)	Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
C)	Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler
D)	Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

**Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.**

15.

A)	Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
B)	Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
C)	Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
D)	Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

A)	Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
B)	Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
C)	Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
D)	Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.

A)	Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
B)	Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
C)	Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
D)	Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

A)	Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
B)	Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissedirdim.
C)	Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissedirdim.
D)	Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissedirdim.

### SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ (SAÖ)

Bu bölümdeki her soru beş farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümlelerin karşısında size uygun olana çarpı (x) koyarak işaretleyin.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Çok katılıyorum
Sağlığımı çok düşünürüm					
Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir					
Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
Sağlıklı olmak şans işidir.					
Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
İstedğim kadar sağlıklı olabilirim					
Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

### EK-3. HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN İÇERİĞİ

#### İLAÇLARLA İLGİLİ BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ BİLGİLER

- İlaçlar sadece düzenli alımda tansiyonu normal seviyelere getirir.
- Hipertansiyon ilaçlarını doktor kontrolü olmaksızın düzensiz kullanmak yeterince yarar sağlamaz.
- Tansiyon ilaçlarının işe yaraması için onları düzenli almalısınız. Sabah yüzünüzü yıkamayı unutmadığımız gibi, tansiyon ilaçlarını almayı da unutmayınız.
- İlaçlar asla hasta tarafından kendi başına karar alınarak bırakılamaz ya da dozu düşürülemez.
- Tansiyonunuz normal seviyelere gelse bile halen ilaç kullanımına ihtiyaç duyulur. Bu süreç belki de hayat boyu devam edebilir.
- Tedavi için aldığınız ilaçları tansiyonunuz düştüğünde bırakmanız yanlıştır. Tansiyonunuz bu ilaçlar sayesinde düşmüştür ve ilacı bıraktığınızda yeniden yükselecektir. Doktorunuza başvurmadan ilaçlarınızı bırakmayınız ve dozlarınızı değiştirmeyiniz.
- Hipertansiyon tedavisi için düzenli ilaç kullanımı ile tansiyon değerlerinin ideal kontrol düzeylerine getirilmesi (**140/90 mmHg nin altına**), hipertansiyona bağlı felç, kalp krizi, kalp yetmezliği ve böbrek hastalıkları risklerini azaltmaktadır.
- Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapmazlar.
- Bazı ilaçlar tansiyon ilaçlarının etkilerini azaltır. Bunların başında ağrı kesiciler ve grip ilaçları gelmektedir. Gerçekten ihtiyacınız olmayan ve doktorunuzun tavsiye etmediği hiçbir ilacı kullanmayınız.
- Bir tableti her zamanki saatinde almayı unutursanız, hatırlar hatırlamaz alınız. Eğer bir sonraki dozunuza alma zamanı yakınsa, atladığınız dozu almanıza gerek yoktur, sadece bir sonraki dozu reçetenizde belirtildiği gibi zamanında alarak, normal doz takviminize devam ediniz.
- Hipertansiyon eğer yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenemez veya kontrol edilemezse mutlaka ilaç kullanmanız gerekecektir.
- Tansiyon ilacını kullanırken aşırı tuz tüketmeye devam etmeniz, şişmanlamanız, hareketsiz olmanız ve sağlıksız beslenmeniz ilaçlardan elde edeceğiniz faydayı azaltacaktır.
- İlaçlar tansiyonu düzenlemek için farklı yollar kullanarak işlev görür.
- Tansiyon değerleriniz bir ilaçla düşmezse doktorunuz size iki veya daha fazla ilaç önerebilir. Birçok hastada ideal kontrol iki veya daha fazla ilaçla sağlanabilmektedir.
- Tansiyon önlenemez ve tedavi edilebilir bir sorun olduğunu hiçbir zaman unutmayınız.

## İLAÇLARI ALMAYI NASIL HATIRLAYABİLİRSİNİZ?

**-Bazen ilaç almayı unutabilirsiniz, güvenli ve düzenli bir şekilde almak için şu yollar tercih edilebilir:**

\*İlaçları her gün aynı saatte alınız.

\*İlaçları almayı günlük aktivitelere denk getirebilirsiniz. (Örneğin sabahları dişinizi fırçaladıktan sonra gibi)

\*Haftalık ilaç kutularından temin edebilirsiniz. Bu kutuların haftanın her günü için ayrı bölmesi olmalıdır.

\*İlaçlarınızı almayı unutmamak için ailenizden ya da arkadaşlarınızdan size hatırlatması için yardım isteyebilirsiniz.

\*İlaçları almak için kendinize özel bir takvim oluşturabilirsiniz.

\*Saatinize ya da telefonunuza alarm kurabilir bu şekilde her gün aynı saatte almayı hatırlayabilirsiniz.



## İLAÇLARINIZI NASIL SAKLAMALISINIZ?

-İlaçları kendi kutusunda veya haftalık ilaç kutularında saklayınız.

-Lütfen ilacınızı nasıl saklayacağınızla ilgili talimatları ilaç prospektüsündeki (ilaç bilgilerindeki) talimatlar doğrultusunda yapın (örnek verecek olursak buzdolabında saklayın veya oda sıcaklığında gibi).

-İlaçları kuru bir yerde, doğrudan güneş ışığından uzakta saklayın ve nemli / ılık koşullardan

kaçının; ilaçları buzdolabının üstüne saklamayın.

## İLAÇLARIN YAN ETKİSİ OLABİLİR

-Her tansiyon ilacının yan etkisi meydana gelebilir. Bu durumda hemen doktorunuzla iletişime geçmelisiniz.

-Yan etkilerden kurtulmak için ilacı asla kendi kararınızla kesmemelisiniz.

-Doktorunuz yan etkilerden kurtarmak için ilaç dozunda ayarlamaya gidebilir ya da ilaç değişikliğine gidebilir.

-Tansiyon ilaçlarının yaptığı genel bazı yan etkiler ise şunlardır:

- \*Yorgunluk
- \*Uyumada güçlük çekmek
- \*Kalp hızını yavaş ya da hızlı hissetme, çarpıntı
- \*Deride kızarıklık
- \*Sık sık susama hissi
- \*Öksürük
- \*Kas krampları
- \*Baş ağrısı
- \*İshal, kabızlık

## RANDEVULARINIZA DÜZENLİ GELMEYİ UNUTMAYIN

-Doktorunuzun sizin için hazırladığı planı takip etmeniz önemlidir. Randevularınıza uymayı unutmayın, böylece doktorunuz durumunuzu değerlendirebilir, izleyebilir ve gerektiğinde diğer tüm önerilerde bulunabilir.

-İlaç yan etkisi olduğunda veya sizi rahatsız eden herhangi bir durumda hemen doktorunuza başvurun.

-Düzenli randevunuzdan bir hafta önce, sabah ve akşam olmak üzere 7 gün boyunca hergün tansiyon değerlerinizi kaydedin ve randevuda doktorunuza gösterin, böylece doktorunuz tansiyon takibinizi daha kolay yapacaktır.