

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
İHH-2019-0003

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARIN
TEDAVİYE UYUMU VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Eylem KORUK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Neşe ERDEM

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans Programı çerçevesinde Eylem KORUK tarafından hazırlanan “Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/01/2019

Üye (T.D.)	: Dr. Öğr. Üyesi Neşe ERDEM	ADÜ
Üye	: Prof. Dr. Zeynep GÜNEŞ	ADÜ
Üye	: Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA	BAÜN
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ	İÜ

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanması, yürütülmesi aşamalarında görüş ve önerilerini aldığım, zorlandığım zaman geri bildirimleri ile motivasyonumu artıran, desteğini her zaman hissettiren tez danışmanım sayın doktor öğretim üyesi Neşe ERDEM' e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle rehberim olan sayın Prof. Dr. Zeynep GÜNEŞ ve Prof. Dr. Sakine BOYRAZ' a

Ders dönemim süresince desteklerini esirgemeyen Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi akademik personeline,

Çalışmamda bana yardımcı olan meslektaşım Zübeyde TUTUK' a,

Araştırmamı yürüttüğüm kardiyoloji polikliniğinde görev yapan desteklerini eksik etmeyen doktorumuz Osman UFACIK' a,

Tezimin istatistiksel analizine katkı veren Nurçin ÇINAR' a,

Araştırmaya katılan ve sabırla soruları cevaplayan tüm hastalara,

Yüksek lisansın ve tez döneminin zorlu günlerinde benim derdimle dertlenen her zaman yanımda olan sevgili arkadaşım Fatma GÜNEŞ' e,

Beni bu günlere getiren hayatımın her aşamasında beni destekleyen, her zaman yanımda olan eğitimim süresince sevinçlerime ve sıkıntılarıma ortak olan canım annem babam ve ablama, en derin duygularla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	4
2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
2.2.1. Etiyolojisine Göre Sınıflandırma	5
2.2.1.1. Esansiyel hipertansiyon	5
2.2.1.2. Sekonder hipertansiyon	6
2.2.2. Kan Basıncı Değerine Göre Sınıflandırma	6
2.2.3. Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflandırma	7
2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	8
2.4. Hipertansiyon Belirti ve Bulguları	8
2.5. Hipertansiyon Fizyopatolojisi.....	9
2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları.....	10
2.7. Hipertansiyonda Tanı	10
2.8. Hipertansiyonda Risk Faktörleri.....	12
2.8.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri; Aile Hikayesi, Yaş, Cinsiyet, Irk.	12
2.8.2. Değiştirilebilir/Önlenebilir Risk Faktörleri; Obezite, Fiziksel İnaktivite, Alkol ve Sigara Kullanma, Stres, Beslenme	14
2.9. Tedavi	15
2.9.1. Farmakolojik Tedavi	15
2.9.2. Nonfarmakolojik Tedavi	18
2.10. Yaşam Doyumu	20
2.11. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler	21
2.12. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler	22

2.13. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu	23
2.14. Hipertansiyon ve Tedaviye Uyum	24
2.15. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Yaşam Doyumu	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli:	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi:	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:	26
3.4. Araştırmanın Soruları	26
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	27
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	27
3.5.2. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği.....	28
3.5.3. Yaşam Doyumu Ölçeği	28
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR.....	72
EKLER	89
ÖZGEÇMİŞ.....	101

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
Betabloker	: Beta Adrenerjik Reseptör Blokerleri
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyogram
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
İBÖS	: İlaç Tedavisine Bağlılık Uyum/Öz Etkililik-Ölçeği
JNC	: Joint National Committee
Kalp debisi	: Kalbin dakikada pompaladığı kan miktarı
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KO	: Kardiyak Output
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KW	: Kruskal Wallis
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
Max	: Maximum
Min	: Minumum
MmHg	: Milimetre civa
mRNA	: Messenger RNA
MWU	: Mann Whitney U
Ort	: Ortalama

OxLDL	: Okside Düşük Dansiteli Lipoprotein
PATENT	: Türk Hipertansiyon Prevalansı
RAAS	: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
Saltürk	: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması
SS	: Standart Sapma
Std	: Standart deviasyon
Stroke Volüm	: Atım Hacmi
SVO	: Serebrovasküler Olay
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
Vb.	: Ve bunun gibi
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. JNC-8 kılavuzuna göre kan basıncı sınıflaması	6
Tablo 2. ESC/ESH 2018' e göre hipertansiyonun sınıflandırılması	7
Tablo 3. Hastaların tanıtıcı özellikleri	31
Tablo 4. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri.....	32
Tablo 5. Hastaların kilo, BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değerlerinin ortalaması	35
Tablo 6. Hastaların yaşam doyumu ölçeği ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinden aldıkları minimum, maksimum ve ortalama puanlar	35
Tablo 7. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	36
Tablo 8. Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	39
Tablo 9. Hastaların yaşam doyumu ölçeği ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği arasındaki ilişki	46
Tablo 10. Hastaların BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değerleri arasındaki ilişki	47

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Hasta Bilgi Formu	89
Ek 2. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS)	92
Ek 3. Yaşam Doyumu Ölçeği	94
Ek 4. Etik Kurulu İzin Belgesi	95
Ek 5. Aydın Devlet Hastanesi İzin Belgesi.....	96
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	97

ÖZET

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARIN TEDAVİYE UYUMU VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Koruk E. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2018

Bu araştırma esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu ve tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri, tedaviye uyum ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya; 01.12.2016-30.06.2017 tarihleri arasında Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran en az altı aydır esansiyel hipertansiyon tanısı almış, antihipertansif ilaç kullanan, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 774 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle, hasta dosya kayıtları ve bilgisayar veri kayıtları incelenerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta bilgi formu”, “İlaça bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği”, “Yaşam Doyumu Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov Simirnov Normallik Testi, Bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Varyans analizi, Pearson korelasyon analizi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %31’ i 65-74 arası yaş grubunda, %51,6’ sı kadın, %76,1’ i evli, %56,7’ si ilköğretim mezunu, %88,2’ sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %42,5’ i ilçede yaşamakta, %38,5’ i emekli, %81’ i çekirdek aile yapısına sahip, %53,2’ sinin, geliri giderine denk, %81,7’ sinin herhangi bir zararlı alışkanlığı bulunmamaktadır.

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 20,87; ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 64,57 olarak bulunmuştur.

Yaş, medeni durum, sosyal güvence, yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu değişkenlerinin yaşam doyumunu etkilediği ($p<0,05$), cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, zararlı alışkanlık değişkenlerinin de yaşam doyumunu etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence, yaşadığı yer, meslek, zararlı alışkanlık durumunun tedaviye uyumu etkilediği ($p<0,05$), cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir durumu değişkenlerinin de tedaviye uyumu etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Hipertansiyon eğitimi alma durumu, stres yaratan faktör bulunma durumu, stresle başetme yöntemi kullanma durumunun yaşam doyumunu etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$).

Hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedeni, antihipertansif ilaç kullanma süresi, ilacı alma durumu, hipertansiyon eğitimi alma durumu, egzersiz yapma durumunun tedaviye uyumu etkilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların yaşam doyumu ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik durumu arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmış olup ($r=0,154$, $p=0,000$), hastaların tedaviye uyumu arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini sağlamak yaşam doyumunu artırmak için aile üyelerinin bilgilendirilmesi, bireyin kronik hastalıkla baş edebilmesi için sosyal desteklerinin artırılması, tekrarlı eğitimlerle hastaların tedavi uyumunun güçlendirilmesi, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kilo kontrolü vb. konularda sağlığı geliştiren davranışların kazandırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, araştırma sonuçlarının sahaya uyarlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Tedaviye Uyum, Yaşam Doyumu.

ABSTRACT

AN INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN TREATMENT ADAPTATION AND LIFE SATISFACTION OF PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

**Koruk E. Master Thesis Adnan Menderes University Health Sciences Institute-
Department of Internal Medicine Nursing, Aydın, 2018**

This study was carried out as a descriptive study in order to investigate the factors affecting treatment adherence and the relationship between life satisfaction and treatment adherence. The sample of the study consisted of 774 patients who admitted to the Cardiology Clinic and Polyclinic of the Aydın State Hospital between the dates of 01.12.2016 and 30.06.2017, who were diagnosed with essential hypertension for at least six months, who had neither disorder nor disease that affect cognitive functions. The data were collected by face to face interview method and by reading patient files and computer records. The "Patient Information Form", "Drug Adherence/Self-Efficacy Scale" and "Life Satisfaction Scale" which were prepared by the researcher, were used for data collection.

The following statistical methods were used to evaluate the data of the study: Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov Normality Test, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Pearson Korelasyon.

31% of the participated were in the 65-74 age group; 51.6% of them were female; 76.1% of them were married; 56.7% of them were primary school graduates; 88.2% of them had social security. 42.5% of them live in the district; 38.5% of them were retired; 81% of them had nuclear families; the incomes of %53.2 of them were equal to their expenses; 81.7% of them had no harmful habit.

The mean score of the patients with essential hypertension on the life satisfaction was 20.87 while their mean score on the drug adherence/self-efficacy scale was found to be 64.57.

The variables of age, marital status, social security status, place of residence, family type, income status affected the life satisfaction of the patients ($p < 0.05$) while the variables of gender, educational status, occupation status, harmful habit status did not affect the life satisfaction of the patients ($p > 0.05$).

The variables of age, education level, social security status, place of residence, occupation status, harmful habit status affected the patients' treatment adherence ($p<0.05$) while the variables of gender, marital status, family type and income status did not affect the patients' treatment adherence ($p>0.05$).

The variables of hypertension training status, stress factor status and the way of stress coping were found to affect life satisfaction ($p<0.05$).

The variables of the cause of not having follow-up examinations, the duration of antihypertensive drug usage, medication usage status, hypertension education status, exercise status were determined to affect the patients' treatment adherence ($p<0.05$).

A significant positive correlation was found between life satisfaction and drug adherence/self-efficacy status of the patients ($r=0.151$, $p=0.000$). It was found that the patients' life satisfaction increased as the patients' treatment adherence increased.

According to the results of the study, informing the patients' family members to ensure the effectiveness and continuity of the treatment and to increase the life satisfaction of the patients, increasing the social support for the individual to cope with chronic disease, strengthening the treatment adherence of patients with repetitive training, planning of nursing interventions to improve health-promoting behaviors in terms of exercise, nutrition, interpersonal support, stress management, health responsibility, weight control and etc. And adapting the results of the studies to the field are recommended.

Keywords: Hypertension, Treatment Adherence, Life Satisfaction

1. GİRİŞ

Hipertansiyonun tanımı; sistolik kan basıncı değerinin 140 mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin 90 mmHg ve üzerinde bulunması veya antihipertansif ilaç kullanıyor olmak şeklinde tanımlanmaktadır (Öngen, 2005; Badır 2011, Whelton ve ark, 2017; Williams ve ark, 2018). Hipertansiyon, dünyada en yaygın görülen kardiyovasküler sistem hastalığı olmakla beraber mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle halk sağlığı açısından ele alınması gereken öncelikli bir sağlık problemidir (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). World Health Organization (WHO, 2015) ölüm sebepleri arasında hipertansiyona üçüncü sırada yer vermektedir (Girma ve ark, 2014). The WHO Report (2012) sonucuna göre hipertansiyon görülme oranı, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yüksek bulunmuştur (Arıcı ve ark, 2015). Ayrıca dünyada erişkin nüfusun hipertansiyon oranının 2025 yılında %29.2' ye çıkacağı öngörülmüştür (Whidword, 2003; Yıldız ve Küçükazman, 2008; WHO, 2015). Dünyada hipertansiyonlu birey sayısı her geçen gün artmaktadır. 2015 yılında hipertansiyonlu birey sayısı kırk yıl önceye oranla %90 artmış ve 1.13 milyara ulaşmıştır (Onat ve ark, 2017).

Kan basıncı yükseldikçe miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, inme ve böbrek yetmezliği gibi hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (Aydemir ve ark, 2005; Zillich ve ark, 2005; Irmak ve ark, 2007; Ong ve ark, 2007; Alsolami ve ark, 2015; Huang ve ark, 2017). 40-70 yaşlar arasındaki bireylerde sistolik kan basıncının 20 mmHg veya diyastolik kan basıncının 10 mmHg artması kardiyovasküler hastalık gelişme riskini de iki kat artırmaktadır (Jones, 2002; Göğen ve Özdemir, 2005; Khatip ve Oussama, 2005).

Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması sonuçları göstermiştir ki, hastalıklarının farkında olan hipertansiyon hastalarının oranı sadece %40.7' dir. Aynı çalışmada hastaların ilaç kullanma oranı %31.1 iken kan basıncı kontrol oranı ise %8.1 gibi oldukça düşük bir orandır (Arıcı ve ark, 2003). Ülkemizde yapılan Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneğinin (PatenT2, 2012) hipertansiyon prevelans çalışması sonuçlarına göre; hipertansiyon prevelansının %30.3 olduğu, hipertansif bireylerin %47.5' inin antihipertansif ilaç kullandığı, tüm hipertansif bireylerin %28.7' sinin ve ilaç kullanan bireylerin ise %53.9' unun kan basıncının istenilen düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Türk toplumunda hipertansiyonun yaygın görülmesinin sebepleri olarak; tedavinin ve yaşam tarzı değişikliğinin hasta bilgilendirilmesinde etkili önerilmemesi, bireylerin kan basıncı

yüksekliğini algılayamadıkları ve kan basıncının kontrol altında tutulmasının güçlüğü gösterilmektedir (Öngen, 2005).

Kan basıncının istenilen düzeyde olmasının yararları bilinmesine rağmen, birinci basamak ve tüm sağlık kuruluşlarında kan basıncı kontrolü hala istenilen düzeyde değildir (Hacıhasanoğlu, 2009). Kan basıncı kontrolünün, gerek dünyada gerekse ülkemizde istenilen düzeyde olmamasının en önemli nedenlerinden biri de tedaviye uyumsuzluktur (Hacıhasanoğlu, 2009; Okan, 2010). Hipertansif bireylerde yapılan çalışmalar, hasta eğitiminde bireylere yeterli zamanın ayrılmadığı, yapılan eğitimin içeriğini çoğunlukla ilaç tedavisinin oluşturduğu, hastalar tarafından soru sorulmadıkça bilgilendirme yapılmadığı ve bu durumun hipertansiyon hastasının tedaviye ve yaşam tarzı değişikliğine uyumunu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Gögen ve Özdemir, 2005; Aşilar 2015).

Hipertansiyon tedavisindeki amaç, bireyin hastalığını kontrol altına almasını sağlamak ve oluşabilecek komplikasyonları ortadan kaldırmaktır (Öngen, 2005; Efe ve ark, 2012). Bu da ancak tedaviye uyum; hastanın ilaçlarını düzenli kullanması, önerilen diyeti uygulaması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamıyla özdeşleştirmesi ile mümkün olacaktır (Aşilar, 2015). Hipertansiyonda tedavi ve kontrollerin düzenli olması hipertansiyonun komplikasyonlarını büyük ölçüde engeller (Çöl ve ark, 2006). Tedavinin yeterince düzenli yapılmaması ise hipertansiyon nedeniyle oluşan organ hasarlarını artırır. Bu nedenle etkin ve düzenli tedavi, hipertansiyonun yıkıcı etkilerinin önlenmesi açısından önemlidir (Akgöl ve ark, 2017). Kontrol altına alınmamış kan basıncı ve bunun sebep olabileceği komplikasyonlar, tedaviye düşük uyum ile ilişkili olup ve bu gruptaki bireyler önemli risk teşkil etmektedir. İlaça düşük uyum, kardiyovasküler hastalıkların artması, hastanede kalış süresinin uzaması, sağlık harcamalarının artması gibi olumsuz sonuçlar vermesi açısından yaşam doyumunu negatif yönde etkiler (Gün ve Korkmaz, 2014; Ayyıldız ve Ergüney, 2017).

Bireylerin yaşam düzeyi ölçüsü ve kendi yaşam örüntüleri ile ilişkili süreçlerin bütünü yaşam doyumunu oluşturmaktadır (Telef, 2011; Erol ve ark, 2016). Dolayısıyla alkol tüketiminin azaltılması, kilo verilmesi, tuz alımının kısıtlanması, tütün kullanımının bırakılması ve fiziksel egzersiz gibi basit yaşam tarzı değişiklikleri bireyin yaşam doyumunu etkiler (Aparcı ve ark, 2008; Katalambula ve ark, 2017). Çalışmalarda; hipertansiyon kontrollerini yaptıran, hipertansiyon eğitimi alan, az ve sık aralıklarla beslenen, aşırı yağlı gıdalardan kaçınan, hareketsiz yaşam tarzından uzak duran, düzenli

egzersiz yapan, yemeklerini tuzsuz yiyen, düzenli meyve ve sebze tüketen, tütün kullanmayan hastaların tedaviye uyumunun arttığı belirtilmektedir (Erdine ve ark, 2007; İçyeroğlu, 2012). Vatansever' in (2011) çalışmasında; hastaların yarısından çoğunun antihipertansif ilaç aldığı (%67), hipertansiyonlu bireylerin büyük bir oranla (%94.7) düzenli sağlık kontrollerini yaptırdığı, yarısının (%48.9) altı ayda bir kez hastaneye başvurduğu ve %78.7' inin hastalığına uyum sağladığı belirlenmiştir. Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisi az bir şekilde, düşük maliyetle kan basıncını düşürmek ve kan basıncını kontrol altına almaktır. Bunun için hemşirenin görevi; hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyması, ilaçların ve hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilebilmesi açısından düzenli sağlık kontrollerine gelmesi için hastayı ve aileyi desteklemektir (Özpancar ve Fesci, 2008). Bireylerin sağlıklarında bir bozulma olduğunda, yaşamdan aldıkları doyum azalabilir. Bu noktada hemşire profesyonelinin görevi; bireye bakımını sürdürmede yardımcı olmak, bireyin en kısa sürede bağımsızlığını kazanmasını ve temel gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeyde tutmaktır (Özer ve Argon, 2005). Etkin bir sağlık hizmeti verilebilmesi için araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarında değerlendirme verisi olarak kullanılması planlanmaktadır. Bu araştırma esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumunu ve tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri, tedaviye uyum ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kan basıncı, kanın kalp tarafından vücuda pompalanırken arter duvarında meydana getirdiği basınçtır (Whelton ve ark, 2017). Arteriyal kan basıncı iki farklı değer ile ifade edilir. Bunlardan birincisi; kalbin sistolü sırasında sol ventrikülün kanı aorta pompaladığı anda saptanan sistolik basınç, ikincisi ise sol ventrikülün diyastolü esnasında damar duvarının kana karşı oluşturduğu direnç diyastolik basınçtır (Mancia ve ark, 2014). Hipertansiyon; iki veya üzeri uygun koşullarda ölçülen kan basıncı değerlerinden sistolik kan basıncı değerinin 140 mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin 90 mmHg ve üzerinde olması veya antihipertansif ilaç kullanıyor olmak şeklinde tanımlanmaktadır (Öngen, 2005; Badır, 2011; McCormack ve ark, 2012; Williams ve ark, 2018). Arteriyal damar sistemi içinde kalp siklusunun sistol döneminde en yüksek basınç sistolik basınç, diyastol döneminde ise en düşük basınç diyastolik basınç oluşmakla beraber bu iki basınç, kalbin dakikadaki atım hacmi = kardiyak output = kalp debisi ve periferik dirençle değişir (Babalık, 2005).

Kan Basıncı = Kardiyak Output $\times$ Periferik Direnç (Zungur ve Yıldız, 2004; Kayıhan ve Ersöz, 2009; Houston, 2013). Bu denkleme göre kan basıncı kardiyak output ve periferik dirençle doğru orantılı olarak değişim göstermektedir. Sistolik basınca kardiyak outputtaki değişiklikler, diyastolik basınca periferik direnç değişiklikleri etki etmektedir (Özkan, 2008). Kan vizkozitesi periferik direnci etkilemektedir. Vizkozite artışı periferik direnci artırarak kan basıncının yükselmesine neden olur (Guyton, 2013).

Kardiyak Output (KO) = Atım Hacmi (Stroke Volüm) $\times$ Kalp Hızı. Stroke volüm, bir ventrikülün bir sistolde pompaladığı kan miktarıdır. Stroke volüm ve kalp hızının artışı, kalbin dakikada pompalayacağı kan miktarını artırır (Guyton 2013). Kalbe dönen kan miktarı (venöz dönüş) ve kalbin kasılma gücü stroke volümü etkilemekle birlikte, kalbe dönen kan miktarı ve kalbin kasılma gücü artınca stroke volüm artar (Guyton 2013).

Yaşın ilerlemesiyle damar yapısında meydana gelen değişiklikler damarın elastikiyet yapısını kaybetmesi sonucu sistolik ve diyastolik basınç yükselmektedir (Yardımcı ve ark, 2011). Hipertansiyonun dirençli olması ve uzun süre devam etmesi kalbi yetmezliğe götürür. Bu durum akciğerlere etki eder ve solunum sisteminin işleyişinde sapmalara sebep

olur. Kan basıncının ısrarlı bir şekilde yüksek olması, damarların kolayca yırtılmasına neden olarak kalp, beyin, akciğer gibi organlarda kanamalara neden olmaktadır (Çelik, 2008).

Hipertansiyon ile ilgili aşağıdaki tanımlamalara yer verilmektedir;

Beyaz Gömlek Hipertansiyonu/İzole Ofis Hipertansiyonu: Hekim ofisinde ya da klinikte uygun tekniklerle ölçülen kan basıncının ısrarcı bir şekilde yükselmesine karşın klinik dışında ölçülen kan basıncının normal sınırlarda seyretmesidir. Beyaz önlük etkisi; klinik ortamda yüksek olarak ölçülen kan basıncı değerinin ev koşullarında ölçümde ve ayaktan kan basıncı monitörizasyonunda normal olarak saptanmasıdır (Williams ve ark, 2018).

İzole Sistolik Hipertansiyon: Sistolik kan basıncı değerinin 160 mmHg veya üzerinde olmasına rağmen diyastolik kan basıncı değerinin 90 mmHg' nin altında olmasıdır (Çakan, 2017).

Malign Hipertansiyon: Sistolik kan basıncı değerinin ani olarak 200 mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin 140 mmHg, ortalama arter basıncı değerinin 150 mmHg üzerine çıkmasıdır (Badır, 2011). İskemik organ hasarı (retina, beyin, böbrek, kalp) ile ilişkili hipertansif krizdir (Mancia ve ark, 2013).

Maskeli Hipertansiyon: Hekim ofisinde ya da klinikte uygun tekniklerle ölçülen kan basıncının normal olmasına rağmen ambulator kan basıncı veya evde ölçülen kan basıncının gündüz saati değerlerinin 130/80' nin üzerinde olmasıdır (Kalyon ve ark, 2011; Williams ve ark, 2018).

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon; etyolojisine, kan basıncı değerine ve hedef organ hasarına göre üç grupta sınıflandırılmıştır.

2.2.1. Etiyolojisine Göre Sınıflandırma

2.2.1.1. Esansiyel hipertansiyon

Nedeni belli olmayan, hipertansiyona neden olabilecek herhangi bir bozukluğun saptanamadığı kan basıncı yüksekliğine esansiyel hipertansiyon denir ve tüm vakaların

%90-95' ini oluşturur (Shehata, 2010; Özdemir, 2012). Esansiyel hipertansiyon genetik ve epigenetik faktörlerin rol oynadığı bir bozukluktur (Özbey ve ark, 2016). Esansiyel hipertansiyona ileri yaş, tuz alımı, alkol ve kahve tüketimi, sedanter yaşam tarzı, etkisiz stres yönetimi, sanayileşme, yüksek kalorili beslenme, düşük potasyum alımı gibi faktörler neden olmaktadır (Çelik ve Özdemir, 2010).

2.2.1.2. Sekonder hipertansiyon

Başka bir hastalık nedeniyle oluşan hipertansiyondur ve tüm vakaların %5-10' unu oluşturur (Hollenberg, 2009). Kronik böbrek hastalıkları, renovasküler hastalıklar, aort koarktasyonu, feokromasitoma, primer aldosteronizm, uyku apnesi, kronik steroid tedavisi, cushing sendromu, ilaç alımı ile indüklenen hipertansiyon kan basıncında yükselmeye neden olur (Ayhan, 2014; Williams ve ark, 2018).

2.2.2. Kan Basıncı Değerine Göre Sınıflandırma

Standart şartlar altında hekim tarafından yapılan ofis kan basıncı ölçümlerinden sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Williams ve ark, 2018).

Tablo 1. JNC-8 kılavuzuna göre kan basıncı sınıflaması

JNC-8 Kan Basıncı Sınıflaması		
Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertansif	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥ 160 ve/veya	≥ 100

Kaynak: James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014, 311, 507-20.

Kan basıncı değerleri 120-139/80-89 mmHg arasında pre-hipertansiyon olarak değerlendirilirken, bu değerlerin üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmektedir. Hipertansif değerler 140-159/90-99 mmHg aralığında evre 1 hipertansiyon, bu değer üstünde ise evre 2 hipertansiyon olarak sınıflanmaktadır (James ve ark, 2014).

Tablo 2. ESC/ESH 2018' e göre hipertansiyonun sınıflandırılması

ESC/ESH 2018' e Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması		
Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal kan basıncı	<120 ve	<80
Artmış kan basıncı	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160 ve/veya	≥100
Evre 3 hipertansiyon	≥180 ve/veya	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140 ve	<90

Kaynak: Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement D.L, Coca A, Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S.E, Kreutz R, Laurent S, Lip G.Y.H, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R.E, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. European Heart Journal 2018, 39, 3021–3104.

Avrupa Hipertansiyon Kılavuzunda European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Guidelines -ESC/ESH- 2018 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kan basıncını normal, artmış kan basıncı, evre 1, evre 2 ve evre 3 hipertansiyon olarak beş kategoride değerlendirmektedir (Williams ve ark, 2018).

Kan basıncı 120-139/80-89 mmHg arasında artmış kan basıncı olarak değerlendirilmektedir. Hipertansif değerler 140-159/90-99 mmHg aralığında evre 1, sistolik kan basıncının ≥160 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥100 mmHg' nın üstünde olması evre 2, sistolik kan basıncının ≥180 mmHg ve /veya diyastolik kan basıncının ≥110 mmHg değerinin üstünde olması evre 3 hipertansiyon olarak sınıflandırılmaktadır (Williams ve ark, 2018). Sistolik kan basıncı değerinin ≥140 mmHg üzerinde olması, diyastolik kan basıncı değerinin <90 mmHg' nın altında olması izole sistolik hipertansiyon olarak değerlendirilmektedir (Mancia ve ark, 2013).

2.2.3. Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflandırma

A, B ve C risk gruplarında; yüksek normal kan basıncı ile birinci, ikinci ve üçüncü evrede hipertansiyonu olan hastalar değerlendirilmektedir. Risk grubu A' da klinik olarak hedef organ hasarı, kardiyovasküler hastalık ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B' de hastalarda klinik olarak hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık olmamakla birlikte, diyabet, iki majör ya da iki minör risk faktörü vardır (İçyeroğlu, 2012; Mancia ve

ark, 2013). Bunlar ateroskleroz, sol ventrikül hipertrofisi, serum kreatinin seviyesinin yükselmesidir (Şahin, 2012). Risk grubu C de ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı mevcuttur (Ünsal, 2013). Kalp krizi, inme, böbrek yetmezliği, retinal kanamalar olur (Şahin, 2012).

2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon dünyada yaklaşık bir milyar insanı etkileyebilen daha çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen, bir epidemidir (Uysal ve ark, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2012 raporu sonucuna göre ölüm sebepleri arasında hipertansiyona üçüncü sırada yer vermektedir. 2000' li yıllarda dünyada yetişkin nüfusun %26.4' ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29.2' ye çıkacağı tahmin edilmektedir (Whidword, 2003; Yıldız ve Küçükazman, 2008). Hipertansiyonlu birey sayısı dünyada kırk yıl öncesine göre %90 artarak 2015 yılında 1.13 milyara yükselmiştir (Onat ve ark, 2017). Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonucuna göre, hipertansiyon prevalansının %33.7 olduğu, yaş ilerledikçe hastalığın görülme sıklığının arttığı, ülkemiz kuzeyinde prevalansın % 40' ların üzerine çıktığı, güneyinde ise %30' ların altına düştüğü belirlenmiştir (Aydoğan ve ark, 2012). Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği (Paten T2, 2012) ülkemizde yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasının sonuçlarına göre toplam nüfusta 18 yaş üzeri hipertansiyon prevalansı %30.3; erkeklerde %28.4 ve kadınlarda %32.3 olarak tespit edilmiştir. Kentlerde hipertansiyon prevalans hızı %29.6, kırsal kesimde %32.5 olarak saptanmıştır. Hipertansiyon farkındalık oranı erkeklerde %40.6, kızlarda %66.9 olarak tespit edilmiştir. Tüm hipertansiflerde kontrol oranı tüm grupta %28.7 olmak üzere bu oran kadınlarda %37.3, erkeklerde %18.9 olarak saptanmıştır. Tedavi alan hipertansiflerde kontrol oranı tüm grupta %53.9 olmak üzere kadınlarda %56.2, erkeklerde %49.2' dir.

2.4. Hipertansiyon Belirti ve Bulguları

Hipertansiyonda başlangıçta belirtiler genelde yoktur, hastalık sinsice ilerler (Ünsal, 2013). Bu yüzden bireylerin kan basıncını ölçtürmeleri önemlidir. Bireylerde kan basıncının yüksek olmasına bağlı; baş ağrısı (özellikle sabah saatlerinde enseden başlayan zonklayıcı nitelikte bir ağrı), baş dönmesi, noktüri, epistaksis, çift görme, bulanık görme, tinnitus, halsizlik, bulantı-kusma, dilde peltekleşme, çarpıntı, yorgunluk, baygınlık hissi, depresyon,

kulak uğultusu, nefes darlığı, gerginlik, yüzün kızarması ve sıcaklık hissidir (İçyeroğlu, 2012; Ünsal, 2013).

2.5. Hipertansiyon Fizyopatolojisi

Arteryal kan basıncının, kabul edilebilir sınırlarda tutulması birçok fizyolojik mekanizmalarla gerçekleşir. Fizyolojik mekanizmalardaki sapmalar esansiyel hipertansiyonun fizyopatolojisindeki temel değişiklikleri oluşturur. Otonom sinir sistemi işlevlerindeki bozulma sonucu sempatik sinir sistemi aktivitesinin; genetik değişiklikler sonucu su, sodyum ve klorun geri emiliminin artması; renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) aktivitesinin devreye girmesi sonucu sistemik damar direnci ve ekstraselüler sıvı miktarının artması; damar endotelindeki bozulma sonucu arteriollerin vazokonstriksiyonu; obezite, trigliserit düzeyinin yüksekliği, glikoz intoleransı hipertansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Badır, 2011). Yaşlanmaya bağlı kalp ve damar yapısında meydana gelen değişiklikler, kollajen birikimi, ateroskleroz oluşumu hipertansiyonun meydana gelmesine neden olmaktadır (Yardımcı ve ark, 2011).

Arteryal kan basıncını oluşturan faktörler kalp debisi (kalbin dakikada pompaladığı kan hacmi) ve periferik rezistans olarak bilinen sistemik damar direncidir. Kardiyak debi ile vasküler direnç arasındaki denge, kan basıncının normal düzeyde olmasını sağlar. Esansiyel hipertansiyonda çoğunlukla kardiyak debi normal iken periferik vasküler direnç artmıştır. Periferik vasküler direnç arteriyollerdeki direnci gösterir. Hücre içi kalsiyum artışı arteriöl duvarındaki düz kasların kasılmasını sağlar. Arteriöl düz kasında uzun süren kasılmalar, anjiotensin artışı nedeniyle arteriyöl damar duvarında yapısal değişiklikler ve kalınlaşmaya neden olur. Bu durum kardiyak debiyi ve kan basıncını arttırmaktadır (Babalık, 2005; Okudan ve Belviranlı, 2017).

Sekonder hipertansiyona böbrek hastalıkları, aort koarktasyonu, doğum kontrol hapları neden olmaktadır (Hollenberg, 2009). Kronik böbrek hastalığında; nefronların kaybı sonucu su, sodyum ve klor tutulumu, renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktif hale geçmesi ve nitrit oksit gibi vazodilatasyon sağlayan maddelerin salımının azalması neden olmaktadır. Renin anjiotensin sisteminin kan basıncının düzenlenmesinde önemli rolü vardır. Renin, karaciğerden salınan anjiotensinogeni, anjiotensin-I' e çevirir. Anjiotensin-I, akciğerden salınan anjiotensin dönüştürücü enzim tarafından Anjiotensin-II' ye dönüştürülür. Anjiotensin-II güçlü vazokonstrüktördür ve kan basıncında artışa neden olur.

Anjiotensin-II, Anjiotensin-I reseptör vasıtasıyla etkisini gösterir. Adrenal bezden aldosteron salınımını stimüle ederek sodyum ve su tutulumuna bağlı olarak kan basıncını artırır (Dalbeler, 2005; Okudan ve Belviranlı, 2017). Nitrit oksit azlığında ise sodyum atılımında azalma meydana gelerek kan basıncında artış görülmektedir (Yıldız, 2006).

2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyona bağlı organ hasarına neden olan en sık rastlanan hastalık iskemik kalp hastalığıdır. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği, diyabetik hipertansiyon, kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, inme oluşumunu tetikleyebilmektedir (James ve ark, 2014; Ma ve ark, 2015; Önen, 2015).

2.7. Hipertansiyonda Tanı

Erişkin bireylerde klinik muayenede kan basıncı mutlaka ölçülmelidir. Otuz saniyeden kısa olmamak koşuluyla nabız değerlendirilmelidir (Arıcı ve ark, 2015). Hastada var olan hipertansiyonun nedenini belirlemek, risk faktörlerini saptamak amacıyla ayrıntılı anamnez, gerekli labratuvar incelemeleri, sistemik fizik muayene yapılması önemlidir (Kılıç ve Üstü, 2012). Oskültatuar yöntem, otomatik veya elektronik (dijital göstergeli) birey için uygun manşonlu kan basıncı ölçüm aletleri kullanılarak koldan ölçüm yapılmalıdır (Birdane, 2014; Williams ve ark, 2018). İlk muayenede hastanın her iki kolundan ölçüm gerçekleştirilmelidir. Her iki koldan yapılan kan basıncı ölçümleri arasında fark var ise ölçüme yüksek olan koldan devam edilmelidir (Tekin 2016; Williams ve ark, 2018). Ölçüm hastalar sandalyeye oturmuş şekilde, ayakları yere değeri vaziyette avuç açık kol kalp hizasında desteklenecek şekilde en az 5 dakika istirahattan sonra bir defada en az iki ölçüm yapılmalıdır (Armağan ve ark, 2013; Tekin, 2016; Williams ve ark, 2018). Ölçüm sırasında kolu sıkı kıyafetler çıkarılmalıdır (Özer, 2014). Aritmi varlığı durumunda otomatik kan basıncı ölçüm aletleriyle yapılan ölçümler yanlış sonuç verir. Bu sebeple palpasyon yöntemiyle nabız değerlendirilmeli, düzensizlik varsa manuel ölçüm yapılmalıdır (Arıcı ve ark, 2015; Williams ve ark, 2018). İlk değerlendirmede sistolik kan basıncı değeri 140 mmHg, diyastolik kan basıncı değeri 80 mmHg ve üzeri olan hastalar ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır (Önen, 2015). İkinci muayeneye kadar geçen sürede ev veya ambulator kan basıncı ölçümlerinin yapılması doğru tanı için kolaylık sağlayacaktır (Önen, 2015; Williams ve ark, 2018). Evde yapılan ölçümler beyaz önlük etkisini belirlemek, uzun zamanda çok

sayıda ölçüm yapılmasına olanak sağlamaktadır (Yıldız, 2014). Ev ölçümleri en az beş gün, sabah ve akşam saatlerinde olmak üzere hasta oturur pozisyonda beş dakika dinlenmiş olarak istirahat sonrası yapılmalıdır (Armağan ve ark, 2013; Tekin, 2016). Ancak kişinin ölçüm sırasında yapabileceği hatalar yanlış sonuç verebilir (Williams ve ark, 2018).

Kan basıncı ölçülürken dikkat edilmesi gereken hususlar

- Ölçüme başlamadan yarım saat öncesinde bireyin sigara ve çay içmemiş, kafein almamış ve yemek yememiş olması gerekir (Armağan ve ark, 2013).
- Hastanın kan basıncını ölçümüne başlamadan önce sessiz bir ortamda beş dakika dinlenmesi sağlanmalıdır (Kalyon ve ark, 2011).
- Oda sıcaklığı çok soğuk ya da çok sıcak olmamalıdır (Armağan ve ark, 2013; Williams ve ark, 2018).
- Hastaya uygun pozisyon verilmelidir. Ölçüm hastalar sandalyeye oturmuş şekilde, ayakları yere değen vaziyette avuç açık kol kalp seviyesinde desteklenecek şekilde bir seferde en az iki ölçüm yapılmalı ve ilk iki ölçüm arasında belirgin farklılıklar mevcutsa ek ölçümler yapılarak değerlendirilmelidir (Kaya ve ark, 2011; Williams ve ark, 2018).
- Standart bir manşon (otuz beş santimetre uzunluğunda ve on iki – on üç santimetre genişliğinde kullanılmalı), şişman hastalar için daha büyük manşon, zayıf hastalar için daha küçük manşon bulundurulmalıdır (Kılıç ve Üstü, 2012).
- Kan basıncı ölçümü sırasında kolun kalp seviyesinde olmasına dikkat edilmelidir. Ölçüm yapılacak kol desteklenmelidir. Hastanın kolunu yukarıda tutmaya çalışması kasların kasılmasına sebep olarak yanlış bir ölçüm yapılmasına sebep olur (Armağan ve ark, 2013).
- Kalp hızı en az otuz saniye palpasyonla değerlendirilmelidir (Arıcı ve ark, 2015; Williams ve ark, 2018).
- Faz 1 ve faz 5 korotkof sesleri sistolik ve diyastolik kan basıncını belirlemek için kullanılır. İlk muayenede periferik damar hastalığına bağlı farklılıkları belirlemek için her iki koldan kan basıncı ölçümü yapılmalı, yüksek olan değer esas alınmalıdır (Özer, 2014).

- Postüral hipotansiyona bağlı durumları saptamak için kan basıncı ayakta pozisyon alındıktan bir ve üç dakika sonra ölçülmelidir. Ayağa kalktıktan sonraki üçüncü dakikada ölçülen kan basıncı değerlerinden sistolik kan basıncının >20 mmHg veya diyastolik kan basıncının >10 mmHg azalış göstermesi ortostatik hipotansiyon olarak tanımlanmaktadır (Tekin, 2016).

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü; günlük aktivite ve uyku sırasında özel bir cihazın hasta üzerinde 24 saat süreyle taşınarak kan basıncı kayıtlarının alınması işlemidir (Özpancar, 2016; Williams ve ark, 2018). Ambulatuvar kan basıncı ölçümü ilaç direnci, otonomik disfonksiyon, beyaz önlük hipertansiyon ve ilaçlara bağlı hipotansif etkenliği araştırmak için kullanılır (Kaya ve ark, 2011). İmkânların kısıtlı olduğu durumlarda; noktürnal hipertansiyon şüphesi, klinikte ölçülen ve evde ölçülen kan basıncı değerleri arasında uyumsuzluk olması, uykuda kan basıncının düşüklüğünün araştırılması ve değişken kan basıncı varlığında ambulatuvar kan basıncı ölçümü yapılabilir (Arıcı ve ark, 2015; Williams ve ark, 2018). Bireyin uyku halinde olmadığı zamanlarda yapılan kan basıncı ölçüm değerlerinin ortalaması $\geq 130/80$ mmHg ise hipertansiyon tanısı düşünülmelidir (Williams ve ark, 2018). Labratuvar tetkikleri olarak; tam kan sayımı, açlık kan glikozu, kanda sodyum, potasyum, ürik asit kreatinin değerlendirmesi, lipid profili, tam idrar tetkiki, 12 derivasyonlu Elektrokardiyogram (EKG) bakılmalıdır. Diyabeti olan hipertansiyon hastalarında idrar albümin atılım oranı mutlaka istenmelidir (Güzelbulut, 2006; Arıcı ve ark, 2015; Williams ve ark, 2018).

2.8. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Hipertansiyonda risk faktörleri iki başlık altında incelenmektedir.

2.8.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri; Aile Hikayesi, Yaş, Cinsiyet, Irk.

Aile hikâyesi: Hipertansiyonun gelişiminde rol oynayan faktörlerden birisi ailesel yatkınlıktır (Vatansever, 2011). Hipertansif bir bireyin birinci kuşak akrabalarında hipertansiyon görülme oranı fazladır (İçyeroğlu, 2012). Esansiyel hipertansiyon oluşumunda genetik yapının %30-60 oranında etkili olduğu belirlenmiştir (Güven, 2011).

Yaş: Hipertansiyon yaştan artışı ile birlikte artar ve kadınlarda daha fazla görülür. PatenT2 (2012) çalışmasına göre; orta yaş grubunda hipertansiyon prevalansı (35-65)

%38.3; kadınlarda %40.5 erkeklerde %36 olarak belirlenmiştir. 65 yaş ve üstündeki kadınlarda bu oran %84.4; erkeklerde ise %71.5' e yükselmektedir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012 verilerinde; yaş gruplarında hipertansiyon görülme sıklığı 18-29 yaş grubunda %5, 30-39 yaş grubunda %11.5, 40-49 yaş grubunda %29.7, 50-59 yaş grubunda %53.6, 60-69 yaş grubunda %85.2 ve 80 yaş ve üzerinde %76.3 olarak tespit edilmiştir. Yaşla beraber artış eğiliminde bulunan kan basıncı büyük damarların sertleşmesine bağlanmaktadır (Özdemir, 2012). Yaşın artışı esansiyel hipertansiyonlu olgularda renal, kardiyak, vasküler fonksiyonlarda işleyişin bozulmasına neden olmaktadır (Güven, 2011; Vatanesever 2011).

Cinsiyet: PatenT2 (2012) çalışmasına göre hipertansiyon kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Kadınlarda oral kontraseptif kullanımı sekonder hipertansiyona neden olmaktadır. Buna neden olan mekanizma kesin bir bilgi olmamakla birlikte östradiolün vazodilatör etkisi, östrojenin anjiyotensinojenin mRNA ekspresyonunu indüklemeye yolu ile hepatik renin sentezini arttırması, total renin aktivitesindeki artış ve insülin direncindeki artış olarak tahmin edilmektedir (Güven, 2011). Menapoza girmeyen kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı düşüktür. Menapoz sonrası dönemde kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012 verilerine göre menapoza girmemiş 40-49 yaş grubundaki kadınlarda hipertansiyon prevalansı %29, menapoza girmiş 40-49 yaş grubunda %45 olarak saptanmıştır. Menapoza girmemiş 50-59 yaş grubundaki kadınlarda hipertansiyon prevalansı %54, menapoza girmiş 50-59 yaş grubundaki kadınlarda ise %59' dur. Kadınlarda kan basıncının menopaza bağlı artışının nedeni tam bilinmemekle birlikte östrojen eksilmesi, hipofiz bezi hormonunun fazla çalışması, şişmanlama veya yaşlı kadınların tuza daha duyarlı olmasıyla ilişkilidir (Özdemir, 2012). Östrojen eksilmesine bağlı pitüiter hormonun aşırı çalışması ve atriyal natriüretik faktörün artan seviyesi, plazma renin aktivitesinin azalmasına ve kan hacminin artmasına, dolayısıyla hipertansiyona neden olmaktadır (Güven, 2011). Menapozda östrojen azlığı arteriyal duvarda elastin azalması ve kollagen birikiminde artma dolayısıyla damar sertleşmesi ile ilgilidir. Bu yüzden ileri yaşlardaki kadınlarda özellikle sistolik hipertansiyon prevalansı yüksektir (Safar ve Smulyan, 2004; Yorgun ve Kabakçı, 2010).

İrk: Siyah ırkta beyaz ırka göre hipertansiyon görülme eğilimi yüksektir. Siyah ırkta hipertansiyon prevalansının yüksek olmasının nedeni; fiziksel inaktivite, obezite, düşük

potasyum ve kalsiyum, yüksek tuz alımı, çevresel stres gibi etmenler etkilidir (Jones ve ark, 2017).

2.8.2. Değiştirilebilir/Önlenebilir Risk Faktörleri; Obezite, Fiziksel İnaktivite, Alkol ve Sigara Kullanma, Stres, Beslenme

Obezite: Hipertansiyon için en önemli risk faktörlerinden birisidir. Vücuttaki yağ kütlesinin yağsız vücut kütlesine oranla artmasına obezite denir ve obezitenin belirlenmesinde beden kütle indeksi hesaplaması kullanılır (Samur ve Yıldız, 2008). PatenT2 (2012) çalışmasına göre beden kütle indeksi 30-39,9 kg/m² olanlarda hipertansiyon prevalansı %47.1; beden kütle indeksi 40 kg/m² üzeri olanlarda hipertansiyon sıklığı %72.4 olarak saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü; bel çevresi (cm) ölçümlerinde erkeklerde 94 cm ve üstü risk, 102 cm ve üstü yüksek risk; kadınlarda ise 80 cm ve üstü risk, 88 cm ve üstü hipertansiyon için yüksek risk olarak incelemektedir. Obezlerde görülen hipertansiyonun nedeni sıvı retansiyonudur. Obez kişilerde sempatik aktivite sonucu renal sodyum tutulumu artar, yağ dokusunda anjiotensin 2 sentezi, portal serbest yağ asitlerinin salınımı artar, insülin direnci, hiperinsülinemi gelişir ve leptin düzeyi artar (Kaya, 2003).

Fiziksel inaktivite: Haftanın 4-7 günü günlük en az 30 dakika aerobik fiziksel egzersiz (yürüme, bisiklete binme, yüzmeye, hafif koşu) kan basıncında 4-9 mmHg azalma sağlar (Zungur ve Yıldız, 2004). Fiziksel egzersiz vücut ağırlığını, vücut yağını, bel çevresini azaltır; yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol ve insülin duyarlılığını artırır (Mancia ve ark, 2013). Düzenli yapılan egzersiz bireylerin kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltır, kişiyi enerjik tutar ve yaşam doyumunu artırarak kan basıncını azaltır (İlgaz ve Özer, 2017).

Alkol ve Sigara kullanma: Sigara endotel hücre fonksiyonlarını bozarak, HDL kolesterol düzeylerini düşürerek kan basıncını akut olarak yükseltmektedir. Sigara lipid profilini bozar, insülin direncini artırır, sol ventrikül kütleinde artış ve endotele bağımlı arteriyel vazodilatasyonda azalmaya yol açar. Alkolün sempatik sinir sistemini ve renin anjiyotensin aldosteron sistemini aktive ederek, plazma kortizol düzeyini arttırarak kan basıncını arttırdığı düşünülmektedir (Uysal ve ark, 2016). Alkol antihipertansiflerin etkisini azaltır (İçyeroğlu, 2012).

Stres: Kan basıncında yükselmeye neden olan çevresel faktördür. Stres periferik vasküler direnci artırır, sempatik sinir sistemi aktive eder bunun sonucunda vazokonstriksiyon oluşur. Vazokonstriksiyonun uzaması, otonomik cevapların süreklilik kazanması kan basıncında yükselmeye neden olur. Stres uzun süreli ve fazla olursa organ hasarlarına ve hastalıklara neden olur (Çelik ve Özdemir, 2010).

Beslenme: Tuz tüketimi ile hipertansiyon prevalansı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Çünkü aşırı tuz alımı, sıvı hacmini ve damarsal reaktiviteyi etkileyerek hipertansiyonun oluşmasında rol oynamaktadır (Yardımcı ve ark, 2011).

2.9. Tedavi

Hipertansiyon tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi olmak üzere iki başlıkta ele alınmaktadır.

2.9.1. Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavisinin ilkeleri

- Tedaviye düşük dozda ilaçlarla başlanmalı, yeterli kan basıncı düşüklüğü sağlanıncaya kadar ilaç dozu artırılmalıdır.
- Yan etkileri azaltmak etkili kan basıncı düşüklüğü sağlamak için uygun ilaç kombinasyonları kullanılmalıdır.
- İlk ilacın kan basıncını düşürme konusunda yetersiz kalması veya ilaç yan etkilerinin oluşması halinde ilaç dozunu artırmak yerine başka bir antihipertansif ilaç grubundan ilaç seçilmeli veya ikili kombine ilaç kullanılmalıdır.
- Kan basıncı kontrolünün sağlanabilmesi için üçlü ya da dördü ilaç kombinasyonu gerekliliği durumunda bunlardan birisinin diüretik olmasına dikkat edilmelidir (Karakoç ve ark, 2012).

JNC 8 klavuzu ilaç tedavi önerileri

Öneri 1: >60 yaş: Sistolik kan basıncı değeri ≥ 150 mmHg veya diyastolik kan basıncı değeri ≥ 90 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır (güçlü öneri-Grade A).

Öneri 2: <60 yaşta: Diyastolik kan basıncı değeri ≥ 90 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır (30-59 yaş için, güçlü öneri-Grade A; 18-29 yaş için uzman görüşü-Grade E).

Öneri 3: <60 yaş: Sistolik kan basıncı değeri ≥ 140 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır (uzman görüşü-Grade E).

Öneri 4: >18 yaş ve kronik böbrek hastalığı (KBH): Sistolik kan basıncı değeri ≥ 90 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır (uzman görüşü-Grade E).

Öneri 5: >18 yaş ve diyabetik: Sistolik kan basıncı değeri ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncı değeri ≥ 90 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır (uzman görüşü-Grade E) (James ve ark, 2014).

ESC 2018 klavuzunda ilk başlanacak ve idame tedavisinde kullanılmak üzere dört grup ilaç belirtilmiş ve bu gruplardan herhangi birisine kullanım açısından öncelik verilmemiştir. Bu dört gruptaki ilaçlar; diüretikler (tiyazidler, klortalidon, indapamid), kalsiyum antagonistleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleridir (Williams ve ark, 2018).

JNC8 ve ESC 2018 klavuzunda, beta blokerler ilk tercih edilecek ilaçlar arasında değildir. Bunun sebebi olarak inme gibi kardiyovasküler komplikasyonlara yol açması, kan basıncını düşürmede yetersiz kalmaları ve diüretiklerle kombine olduğunda diyabet görülme sıklığını artırmalarıdır (James ve ark, 2014; Dönmez ve ark, 2015; Williams ve ark, 2018).

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan başlıca antihipertansif ilaçlar

- Diüretikler
- Beta adrenerjik reseptör blokerleri (Betablokerler)
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Anjiyotensin dönüştürücü/coverting enzim inhibitörleri (ACE)
- Anjiyotensin 2 reseptör blokerleri (Martins ve ark, 2012; Özer, 2014)

Diüretikler: İdrarla sodyum atılımını artırarak kalp debisini düşürür. Periferik direnç düşüşü kan basıncını düşürür (Çoban, 2010). Başlangıç tedavisinde diüretik kullanılacaksa tiyazid diüretik yerine tiyazid benzeri diüretik tercih edilmelidir. Tiyazid/tiyazid benzeri diüretik kullanılacaksa hipopotosemi açısından dikkatli olunmalıdır

(James ve ark, 2014). Kalp yetmezliği veya böbrek yetmezliği hastalarında, yaşlılarda, zencilerde tercih edilen antihipertansif ilaçlardır (Çoban, 2010; Agyemang ve ark, 2017).

Betablokerler: Sempatik sinir sistemini etkileyerek sempatikolitik etki yaratan antihipertansif etkili ilaçlardır. Kalp hızı ve debisini azaltır, plazma volümünü artırır (Zungur ve Yıldız, 2004). Periferik direnç azalır (Baker, 2005). Renal renin salınımını inhibe eder (Zungur ve Yıldız, 2004). Kalp hızını ve miyokardın oksijen ihtiyacını azaltır (Canpolat ve Atalar, 2014). Akut miyokart enfarktüsünden sonra, sol ventrikül disfonksiyonu ve kalp yetmezliği olgularında, gençlerde, koroner kalp hastalığı olanlarda, taşikardik durumlarda kullanılır (Çoban, 2010; Kaya ve ark, 2011). Anjinal ve atriyal fibrilasyonlu hastalarda da tercih edilir (Kaya ve ark, 2011). Betablokerlerin metabolik sendrom ve diyabet gelişme riski yüksek olan bireylerde tiyazid grubu diüretiklerle kombinasyon şeklinde kullanılması önerilmez (Kaya ve ark, 2011). Kilo alımına sebep olur (Kılıç ve Üstü, 2012; James ve ark, 2014). Lipid profilinin bozulması, glikoz toleransında azalma yan etkileridir (Sarışık, 2007).

ACE-İnhibitörleri: RAAS' de ACE' yi inhibe ederek anjiyotensin I' den anjiyotensin II oluşmasını engeller. Bradikinin yıkımını engelleyerek kanda birikmesini sağlar (Severcan, 2011). Kan basıncındaki düşüşün büyük bölümünü kininlerin vazodilatör etkileri üstlenmektedir (Sarışık, 2007). ACE inhibitörleri, serebrovasküler hastalıkların önlenmesinde, proteinüri ve mikroalbuminürinin azaltılması, böbrek fonksiyonlarının korunmasında etkilidir (Baker, 2005; Güzelbulut, 2006).

Kalsiyum antagonistleri: Damar düz kaslarında kalsiyumun, hücre içine girişini önleyerek vazodilatasyon sağlar. İzole sistolik hipertansiyonlu olgular, periferik damar hastalığı ve koroner kalp hastalığı olanlarda, zencilerde, yaşlılarda tercih edilir (Çoban, 2010; Martins ve ark, 2012). Serebrovasküler hastalıklarda etkili olmakla beraber sol ventrikül hipertrofisi ve ateroskleroza önler (Aydın ve Öztürk, 2014). En sık görülen yan etkisi ayak bileği ödemidir (Erdine ve ark, 2007).

Anjiyotensin 2 reseptör blokerleri: RAAS' da güçlü vazokonstriktif anjiyotensin II' nin anjiyotensin I' e bağlanmasını önler (Severcan, 2011). Bradikinin üzerine etkisi yoktur (Çoban, 2010; Martins ve ark, 2012). Hipertansif kalp yetmezliği olgularında, diyabet, böbrek hastalıklarında tercih edilir (Martins ve ark, 2012).

2.9.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansiyon yaşam boyu süren, ilaç tedavisi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilen kronik bir hastalıktır (Efe ve ark, 2012). PatenT2 (2012) çalışmasına göre ülkemizde hipertansif bireylerin %31' i tıbbi tedavi almasına rağmen kan basıncı kontrolünde %8 oranında başarı sağlanmıştır (Arıcı ve ark, 2010). Bu sonuç tıbbi tedavinin yetersiz kaldığını, bireylerin yaşam tarzı değişikliğinin gerekliliğini göstermektedir (Oğuz ve ark, 2016). Kan basıncını düşürmek, risk faktörlerini kontrol altında tutarak hipertansiyonu önlemek, antihipertansif tedaviye ek olarak ilaç âdetini ve dozunu azaltmak yaşam tarzı değişikliklerinin öncelikli amaçlarıdır (Jones ve ark, 2006; Karaman, 2011). Kan basıncını ve kardiyovasküler riskleri düşüreceği öngörülen ve tüm hastalarda uygulanması gereken yaşam tarzı değişiklikleri şunları içermektedir;

- Fazla kilonun verilmesi ve ideal kilonun korunması
- Sebze, meyve ve baklagillerin tüketimini artırmak, potasyumdan zengin diyet
- Tuz alımının azaltılması (9gr/gün' den 6gr/gün' e indirgenmeli)
- Alkol tüketiminin sınırlandırılması (<20 gram/gün)
- Stres yönetimi
- Fiziksel egzersizin haftada dört kez 30-45 dakika yapılması
- Tütün kullanımına son verilmesi (Kaya ve ark, 2011; Kılıç ve Üstü, 2012; Tokem ve ark, 2013; Dickson ve ark, 2017; Katalambula ve ark, 2017).

Kilo vermek: Fazla kilolu hastalarda kilo vermenin kan basıncını düşürdüğü, hiperlipidemi, insülin direnci, diyabet, obstrüktif uyku sendromu gibi risk faktörleri üzerine de olumlu etkilerinin bulunduğu görülmektedir (Kaya, 2003; Kuş ve İnci, 2017). Normal vücut kütle endeksinin 18.5-24.9 kg/m² sağlanması, on kilo kaybı kan basında 5-20 mmHg düşüşe olanak sağlar (Zungur ve Yıldız, 2004).

Diyet: Meyve ve sebze ağırlıklı (4-5 porsiyon veya 300 mg/gün), doymuş yağ ve kolesterolden uzak bir diyet kan basıncında 8-14 mmHg düşüş sağlar (Zungur ve Yıldız, 2004; Kılıç ve Üstü, 2012). Diyetle potasyum alımının kan basıncını düşürücü etkisi vardır (Kaya ve ark, 2011). “Hipertansiyonu Durdurmak Üzere Besinsel Yaklaşımlar” DASH

diyeti; yağdan ve kolesterolden yoksun, tuz oranı düşük, potasyum-kalsiyum oranı yüksek, meyve ve sebze ağırlıklı, yağ oranı düşük süt ürünleri içeren, proteini hafif artırılmış bir diyetle, erişkinlerde kan basıncında 5.5/3.0 mmHg düşüş sağladığı görülmüştür (Öksüz, 2004; Önen, 2015; Bangurah ve ark, 2017). Tuz ve tuzlu yiyeceklerden özellikle işlenmiş gıdalardan kaçınılması, doymuş yağların azaltılması, sebze-meyve tüketiminin artırılması, vücut ağırlığının korunması, sıvı tüketiminin artırılması, az ve sık aralıklarla beslenilmesi, balık tüketiminin artırılması, besinleri hazırlama-piştirme ve saklama koşullarına uyulması önemlidir (Yardımcı ve ark, 2011).

Tuz alımının azaltılması: Saltürk 2008 verisine göre diyetle tuz alımının kan basıncını artırdığını, hipertansiyon prevalansına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Tuz alımının azaltılması, hipertansif hastalarda kan basıncında 10 mmHg düşüş sağlamaktadır. Günlük sodyum alımının 6 gramın altına indirilmesi (<100mEq/L) kan basıncında 2-8 mmHg'lık azalma sağlayabilmektedir (Zungur ve Yıldız, 2004). Sodyum alımının azaltılması ile birlikte potasyum alımının artırılması kan basıncını düşürmek için önerilmektedir (Özpancar, 2016). Tuz kısıtlamalı diyetle hastalara; yiyecekler tuz ilave etmemesi, aşırı tuzlu yiyeceklerden özellikle işlenmiş gıdalardan kaçınması gerektiği, potasyum içeren organik ürünlerle hazırlanmış gıdaları tercih etmesi konusunda yönlendirilmelidir (Mancia ve ark, 2013). Tuz kısıtlaması kardiyak debiyi azaltır. Sol ventrikül hipertrofisi, glomerüler hiperfiltrasyon ve proteinüri geriler (Kaya ve ark, 2011).

Alkol alımının azaltılması: Alkol antihipertansiflerin etkisini azaltmaktadır. Alkol alan hipertansif erkekler günlük etanol tüketimi 20-30 gr, hipertansif kadınlar etanol tüketimi 10-20 gr'ı geçmeyecek şekilde sınırlandırılmalıdır (Karaman, 2011). Hafif alkol kullanımı kan basıncı artışına eğilim oluştursa da fibrojeni ve platelet agregasyonunu azaltması, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterolü artırması, antioksidan sistemler üzerindeki olumlu etkileri koroner hastalıklara karşı koruyucudur (Aygen, 2015).

Stresle mücadele: Psikolojik etmenler, emosyonel stres, kişilik özellikleri hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturur (Özkan, 2008). Hipertansiyona yatkın bireylerde, duygusal streslere cevap olarak sempatik sinir sisteminin aktivasyonu, vasküler vazokonstriksiyon ve diğer otonomik cevapların sonucu olarak hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Kan basıncı normal olanlara göre hipertansif bireylerde, strese gösterilen vazokonstriktör cevabın uzun sürmesi hipertansiyona neden olmaktadır (Çelik ve Özdemir, 2010). Davranış tedavisi (yoga, transdental meditasyon ve psikoterapi)

kan basıncını geçici süreliğine düşürür (Efe ve ark, 2012). Stres, periferel vasküler direnci, kardiyak outputu artırır ve sempatik sinir sistemi aktivitesini uyarır. Anksiyete, korku gibi duygular oluşturan durumlar da kan basıncını yükseltebilir (Karakurt ve Kara, 2007).

Fiziksel aktivite: Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında haftada beş kez en az otuz dakika orta düzeyde aerobik egzersiz hipertansiyonu ve kardiyovasküler hastalık riskini önler, mortaliteyi azaltır (Ilgaz ve Özer, 2017). Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fiziksel aktivitesi olanlara göre %20-50 daha fazladır (Özpancar, 2016). Fiziksel aktivitenin artması insülin duyarlılığını artırır, dislipidemi, obeziteyi önler. Fiziksel aktivitenin artırılması ile kan basıncında -5.7/-5.7 mmHg azalma sağlanır. Düzenli egzersiz yani haftada 5-7 gün en az 30 dakikalık orta hızda dinamik egzersiz yapılması önerilmektedir (Mancia ve ark, 2013; Ilgaz ve Özer, 2017). Düzenli aerobik (izotonik) egzersiz yapan hipertansiflerde sistolik kan basıncında 4-8 mmHg düşme olmakla arter vazodilatasyonu artar, arter direnci azalır (Özdemir, 2012; Özpancar, 2016). Fiziksel aktivite kan basıncında düşmeye, kilo kaybına, serum total ve LDL-kolesterol seviyelerinde düşmeye ve HDL kolestrol düzeyinde artışa olanak sağlayarak kardiyovasküler riski azaltmaktadır (Güven, 2011).

Sigaranın bırakılması: Sigaranın bırakılması ölümleri önlemede en etkili koruyucu yaklaşımdır (Doğanay ve ark, 2012). Sigara kan basıncını ve kalp hızını artırır. Bir sigara içiminden on beş dakika süre içerisinde kan basıncı yüksek olur. Buna yol açan mekanizma sinir uçlarında sempatik sinir uyarımı, katekolaminle ilgilidir (Karaman, 2011; Kaya ve ark, 2011).

2.10. Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu ilk kez Neugarten (1961) tarafından ele alınmıştır. Yaşam doyumunu tanımlayabilmemiz için öncelikli olarak doyum kavramını incelememiz gerekir. Doyum; beklentilerin, ihtiyaçların, istek ve arzuların karşılanma düzeyidir. “Yaşam doyumu” ise bir insanın isteği ile elinde mevcut olanın karşılaştırılmasıyla elde edilen neticedir (Şahin, 2008). Yaşam doyumunun değişik tanımları bulunmaktadır. Yaşam doyumu, “ bireyin iş yaşamı dışındaki emosyonel tepkisi, hayata karşı genel tavrı’ dır ” (Özdevecioğlu, 2003). Genel bir ifadeyle bireyin kendi yaşamından duyduğu mutluluktur (Telman ve Ünsal, 2004). Olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olmasıdır (Kırtıl, 2009). Başka bir deyişle yaşam doyumu bireyin hayata dair beklentilerinin karşılanma

düzevidir (Tümlü ve Recepoğlu, 2013). Bireylerin yaşam doyumu birçok durum ve olaydan etkilenebilir. Günlük yaşamdan alınan haz, bireyin yaşama verdiği değer, pozitif bireysel kimlik, bireyin kendini iyi hissetmesidir (Schmitter, 2003). Kendini iyi hissetme hali sağlığın önemli ilkelerindendir (Ünal ve ark, 2001).

Subjektif iyi oluşu duygusal ve bilişsel etmenler oluşturmaktadır. Bu etmenlerin bilişsel bölümünü yaşam doyumu temsil etmektedir (Diener, 1984). Bireyin yaşamını bilişsel ve duygusal olarak değerlendirmesi subjektif iyiyi oluşturur (Diener, 1984). Öznel iyi olma durumunu, bireyin olaylara verdiği tepkileri, yargıları oluşturmaktadır. Bireylerin hayata dair değerlendirmeleri olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Öznel iyi olma durumunun duyuşsal boyutunu olumlu ve olumsuz duygular, bilişsel boyutunu ise yaşam boyutu oluşturmaktadır (Çivitci, 2009; Dağlı ve Baysal, 2016). Olumlu duygu komponentinde yaşanan mutlulukların, hazların, hoş duygulanımların fazlalığının; olumsuz duygu komponentinde ise hoş olmayan, kötü, acı verici, üzücü duyguların azlığının iyi olma bakımından önemli olduğu tespit edilmiştir (Özgen, 2012). Yaşamın geneline ilişkin bilişsel değerlendirmeleri ise yaşam doyumu oluşturmaktadır (Diener, 1984; Yıldız ve Baytemir, 2016). Yaşam doyumu ile ilgili yapılan araştırmalar ırk, cinsiyet ve gelir durumunun kişinin yaşam doyumuna sınırlı ölçüde etki ettiğini, kişisel faktörler ve kültür gibi psikolojik etmenlerin kişinin yaşam doyumunu ifade etmede daha çok etki ettiğini göstermektedir (Ergin ve ark, 2011).

2.11. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler

Yaşam doyumu kavramının bireyden bireye farklılık göstermesi yaşam doyumunu belirleyen unsurların tespit edilmesine engel olmaktadır. Bu nedenle net bir faktör sıralaması mümkün değildir. Bu bağlamda bireyin yaşam doyumunu etkileyen unsurlar şu şekilde ele alınmaktadır; günlük yaşamdan duyulan mutluluk, yaşamı manalı bulmak, hedeflere ulaşma konusunda çaba göstermek, olaylara ve durumlara pozitif yönden yaklaşmak, fiziksel ve emosyonel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, maddi güvence, sosyal ilişkiler, özgürlük, demokrasi, açık fikirli olmak, aktif olmak, evli olmak, ailesi ve çevresi ile iyi ilişkiler içerisinde bulunmak, spor yapmak, güvenli bir ülkede yaşamak, sosyal ağın geniş olmasıdır (Şahin, 2008; Dağlı ve Baysal, 2016).

2.12. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler

Yaş: İlk yapılan çalışmalar genç bireylerin yaşlı bireylerden daha mutlu olduğunu bulmasına rağmen, son zamanlarda yapılan çalışmalar mutluluk ile yaş değişkenleri arasında bir bağlantı olmadığını göstermiştir (Chen, 2001; Altay ve Aydın, 2009). Yapılan başka çalışmalar, gençlerin olumlu ve olumsuz duyguların her ikisini de bildirdikleri, yaşlıların ise daha çok genel mutluluk ifadelerini kullandıklarını bulmuştur (Proctor ve ark, 2009; Yücelbeyaztaş ve ark, 2012; Pınar ve Demirel, 2016).

Cinsiyet: Kadınlar erkeklere göre daha fazla olumsuz duygu ifade etmelerine rağmen, kadınlar kendi yaşamlarından daha fazla memnundurlar (Yetim, 2001). Yapılan diğer çalışmada cinsiyetler arasında doyum veya mutluluk açısından farkın olmadığı belirtilmektedir (Lavalley ve ark, 2007).

Çalışma ve iş yaşamı: Campbell ve arkadaşları (1976), gelir farklılıklarının etkisi kontrol altına alınsa dahi işsiz grubun en mutsuz grup olduğunu, işsizlik oranını duygu durumunu etkileyen önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır. Yetim' in çalışmasında meslek grupları arasında önemli bir farkın olmadığı ifade edilmiştir (Yetim, 2001). Softa ve arkadaşlarının yaşlılarda yaşam doyumu üzerine yaptıkları çalışmada; memur emeklisi yaşlıların yaşam doyumu puanları en yüksek, ev hanımlarının puan ortalaması ise en düşük bulunmuştur (Softa ve ark, 2015).

Eğitim: Campbell (1981)' in ABD' de 1957-1978 yılları arasında yaptığı bir çalışmada eğitimin yaşam doyumu üzerinde etkili olduğu, çok güçlü bir etkiye sahip olmamakla birlikte gelir gibi diğer faktörlerle de etkileşim içinde olduğu belirtilmiştir. Çeşitli araştırmalar diğer değişkenlerin etkileri kontrol altına alındığında eğitimin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını ortaya koyarken (Bryant ve Marquez, 1986; Softa ve ark, 2015) diğer bazı araştırmalar kadınlarda eğitimin daha olumlu etkilere sahip olduğunu buldular (Seligman, 2007; Plagnol ve Easterline, 2008). Eğitimin istekleri fazlalaştırmasına rağmen diğer yaşama biçimleri üzerinde bireyleri düşündürmektedir (Yetim, 2001).

Evlilik ve Aile: Evliliğin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Yetim, 2001; Seligman, 2007). Bireylerin evlilik yaşantılarından aldığı doyum ile kişilerin benliğine ilişkin olumlu değerlendirmelerinin olması yaşam doyumunun artması ile ilişkilendirilebilir (Yıldız ve Baytemir, 2016). Yapılan

Çalışmalarda evlilik doyumu ile benlik saygısı, evlilik doyumu ile yaşam doyumu, benlik saygısı ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir (Perrone-McGovern ve ark, 2012; Arshad ve ark, 2014; Yıldız ve Baytemir, 2016).

2.13. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu

Kronik hastalığın sebep olduğu bedensel ve zihinsel kısıtlılıklar bireyin özgürlüğünü sınırlandırmakta, bireyin sağlığına ilişkin algısını ve sosyal aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam içinde hastalıkla geçen sürecin uzaması yaşam doyumunu azaltmaktadır (Aşılar, 2015). Esansiyel hipertansiyonu olan bireyler kronik bir hastalığa sahip olmalarından dolayı kaygı yaşarlar. Kan basıncını kontrol altında tutmak için düzenli ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri yapmak zorundadırlar. Bu tarz değişiklikler bireyin özgürlüğünü kısıtlamakta ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Bireylerin sağlıkları bozulduğunda, yaşam doyumları azalabilir. Bu durumda; bireye kendi bakımını sürdürmede destek olmak, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenip bağımsızlığını kazanmasını ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesini sağlamak, tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst seviyeye çıkarmak hemşirenin temel amacı ve sorumluluğu olmalıdır (Özer ve Argon, 2005).

Erol ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları kronik hastalığı olmayan bireylere göre düşük tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Erol ve ark, 2016). Ayyıldız ve Ergüney' in hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi adlı çalışmasında bireylerin yaşam doyumu puanı 21.81 ± 6.33 olarak bulunmuştur (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Aile öyküsünde, hipertansiyona bağlı yakınlarında ölüm ve kalıcı sekeller meydana gelmiş olan bireylerin yaşam doyumunun düşük olduğu görülmüştür. Çalışan bireylerin yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları, çalışmayan bireylere göre yüksek tespit edilmiştir (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Bakış' ın yapmış olduğu çalışmada bireylerin yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları erkeklerde, kadınlara göre yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Bakış, 2002). Atan ve Karabulutlu Yılmaz' ın yapmış olduğu çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları edinen hastaların fiziksel ve mental alanlarda yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Atan ve Karabulutlu Yılmaz, 2016). Göçgeldi ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yaptıkları çalışmada yaş arttıkça hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden

aldıkları puan ortalamalarının düştüğü gözlemlenmiştir (Göçgeldi ve ark, 2008). Antihipertansif ilaç yan etkisi yaşayanlar yaşamayanlara göre bütün alt ölçeklerde daha düşük puan elde etmiş ve farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Göçgeldi ve ark, 2008).

2.14. Hipertansiyon ve Tedaviye Uyum

Hipertansiyon tedavisinde öncelikli hedef; kan basıncını normal sınırlarda tutmak, kardiyovasküler komplikasyonları önlemek, morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (Ma ve ark, 2015). Hipertansiyonu kontrol altında tutmak, yaşam kalitesini artırmak için farmakolojik tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişiklikleri başarıya ulaşmada önemli faktörlerdir (Katsi ve ark, 2017). Tedaviye uyum; hastanın reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanması, önerilen diyeti uygulaması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasıyla elde edilen bir süreçtir (Teke, 2016; Ayyıldız ve Ergüney 2017). Hipertansif bireylerde ilaçları düzensiz kullanma, ilaç almayı unutma, reçete edilmeyen antihipertansif ilaçları kullanma, klinik kontrollerine düzenli gitmeme, hekim-hasta iletişimi tedaviye uyumsuzluğu etkileyen faktörlerdir (Gün, 2012). Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Nur Teke' nin yaptığı çalışmaya katılan grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 61.6; Hacıhasanoğlu' nun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 55.3; Vatansever' in çalışmasında 71.9 olarak bulunmuştur (Hacıhasanoğlu, 2009; Vatansever, 2011; Teke, 2016). İçyeroğlu' nun yaptığı çalışmada erkeklerin tedaviye uyum puan ortalaması 50.47; kadınların tedaviye uyum puan ortalaması 48.92 olarak tespit edilmiştir (İçyeroğlu, 2012). Anadol ve Dişçigil' in yaptığı çalışmada katılımcıların %78' i tedaviye uyum göstermiştir (Anadol ve Dişçigil, 2009). Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasına göre, hipertansiyon prevalansının %33.7 olduğu, yaş ilerledikçe hastalığın görülme sıklığının arttığı, ülkemiz kuzeyinde prevalansın % 40' ların üzerine çıktığı, güneyinde ise %30' ların altına düştüğü görülmüştür (Aydoğan ve ark, 2012). Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği (PatenT2, 2012) ülkemizde yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasının sonuçlarına göre toplam nüfusta 18 yaş üzeri hipertansiyon prevalansı %30.3, erkeklerde %28.4 ve kadınlarda %32.3 olarak tespit edilmiştir. Kentlerde hipertansiyon prevalans hızı %29.6, kırsal kesimde %32.5 olarak saptanmıştır. Hipertansiyon farkındalık oranı erkeklerde %40.6, kızlarda %66.9 olarak tespit edilmiştir. Tüm hipertansiflerde kontrol oranı tüm grupta %28.7 olmak üzere bu oran

kadınlarda %37.3, erkeklerde %18.9 olarak saptanmıştır. Tedavi alan hipertansiflerde kontrol oranı tüm grupta %53.9 olmak üzere kadınlarda %56.2, erkeklerde %49.2 ‘dir.

2.15. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Yaşam Doyumu

Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisi az, düşük maliyetle kan basıncını düşürmek ve kan basıncını kontrol altına almaktır. Bunun için hemşirenin rolü; hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyması, ilaçların ve hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilebilmesi açısından hastanın klinik kontrollerine düzenli gelmesi için hastayı ve aileyi desteklemek, hastaya ve aileye eğitim faaliyetleri düzenlemektir (Özpancar ve Fesci, 2008).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli:

Bu araştırma esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu ve tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri, tedaviye uyum ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi:

Araştırmanın verileri Aralık 2016 – Haziran 2017 tarihleri arasında Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini; Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran tüm esansiyel hipertansiyon hastaları oluşturmuştur (N=52.561). Araştırmanın örneklemini ise; 01.12.2016-30.06.2017 tarihleri arasında Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran en az altı aydır esansiyel hipertansiyon tanısı almış, antihipertansif ilaç kullanan, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 774 hasta oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin oluşturulmasında güç analizi yöntemi kullanılmıştır. Yapılan güç analizi ile N=52.561, %80 güç, %5 hata payı, görülme sıklığı %30 alındığında örneklem büyüklüğü 774 olarak hesaplanmıştır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012; Erdoğan ve ark, 2014).

3.4. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın soruları şunlardır;

1. Esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyum düzeyleri nasıldır?
2. Esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum düzeyleri nasıldır?
3. Sosyodemografik özellikler yaşam doyumunu etkilemekte midir?

4. Sosyodemografik özellikler tedaviye uyumu etkilemekte midir?

5. Esansiyel hipertansiyon tanısı almış bireylerde hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler yaşam doyumunu etkilemekte midir?

6. Esansiyel hipertansiyon tanısı almış bireylerde hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler tedaviye uyumu etkilemekte midir?

7. Yaşam doyumu ile tedaviye uyum arasında bir ilişki var mıdır?

8. Hastaların BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değerleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta dosya kayıtları ve bilgisayar veri kayıtları incelenerek yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta bilgi formu” (EK 1) , “İlaça bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği” (EK 2), “Yaşam Doyumu Ölçeği” (EK 3) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

İki bölümden oluşmuştur.

İlk bölümde; sosyodemografik özellikler: Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, aile tipi, sosyal güvencesi, zararlı alışkanlıkları, gelir durumuna yönelik bilgiler yer almıştır.

İkinci bölümde; tedaviye uyumu etkileyen faktörlere yönelik bilgiler: Hipertansiyon haricinde kronik hastalık varlığı, hastalık süresi, ailede hipertansiyon hastalığı olan birey varlığı, kan basıncını ne kadar sıklıkta ölçtirdiği, hipertansiyon için ne sıklıkta kontrole gittiği, kullandığı ilacı nasıl tanıdığı, tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavisinde değişiklik olup olmadığı, kan basıncını kontrol altına almak için ilaç dışı bir yöntem kullanıp kullanmadığı, hipertansiyon için kullanılan bir diyet programı, düzenli egzersiz yapma alışkanlığı, tansiyon yüksekliğini anlama şekli, stresle başetme yöntemleri, cinsel yaşamına

yönelik sorular, boy, kilo, kan basıncı, total kolesterol, beden kitle indeksi gibi ölçümlere yer verilmiştir.

3.5.2. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği

İlaça bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği; Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında hipertansif Amerikalı bir örnekleme geliştirilmiştir (Ogedegbe ve ark, 2003). Türkçe' ye uyarlanması 2005 yılında Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek, hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik algısını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansifleri düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği 26 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektedir. Ölçek, 3' lü likert tipinde ölçektir. Her madde; “Hiç emin değilim”, “Biraz eminim”, “Çok eminim” seçeneklerini içermekte, 1-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten 26–78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi, bireyin antihipertansif tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. Ogedegbe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölçeğin güvenilirliğini alpha: .95 olarak bulmuşlardır. Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayısı .92 olarak bulunmuştur (Gözüm ve Hacıhasanoğlu, 2005). Yapılan çalışmada ölçeğin cronbach' s alpha değeri: .95 olarak tespit edilmiş olup yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

3.5.3. Yaşam Doyumu Ölçeği

Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen “Yaşam Doyumu Ölçeği”, Köker (1991) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, yaşam doyumuna ilişkin beş maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 7' li derecelendirilmiş cevaplama sistemine (1: hiç uygun değil – 7: çok uygun) göre cevaplanmaktadır. Yaşam doyumunu ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5' tir. Ölçekten alınan puanın düşük olması, yaşam doyumunun düşük olduğunu göstergesi olarak kabul edilmektedir. Genel yaşam doyumunu ölçmeyi amaçlayan ölçek, ergenlerden yetişkinlere kadar tüm yaşlara uygundur (Diener ve ark, 1985). Köker ölçeğin cronbach' s alpha iç tutarlılık değerini .85 olarak bulmuştur (Köker, 1991). Yapılan çalışmada ölçeğin cronbach' s alpha değeri: .86 tespit edilmiş olup yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları; araştırmanın sadece bir hastanede yapılmasıdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada katılımcıların demografik özellikleri ile birlikte anket sorularına verdikleri yanıtlar objektif olarak analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0) programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde hem açıklayıcı hem de genelleyici istatistiksel yöntemlerden yararlanılarak sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Hastaların demografik özellikleri analiz edilmiş ve frekans dağılımları verilmiştir.

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde aşağıdaki istatistiksel yöntemler kullanılmıştır:

1. Betimsel istatistikler (Araştırmaya katılanların çeşitli demografik değişkenler açısından dağılımını incelemeye kullanılmıştır)
2. Kolmogorov Simirnov Normallik Testi
3. Bağımsız gruplar Mann-Whitney U (Katılımcıların cinsiyet gibi iki kategorik türü içeren değişkenleri ile diğer bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz ederken kullanılmıştır)
4. Kruskal-Wallis (Katılımcıların ikiden fazla kategorik türü içeren değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalı analizde kullanılmıştır)
5. Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

İlaça bağlılık uyum/öz-etkililik ölçeği ve Yaşam doyumu ölçeğinden alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluştururken; hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11/11/2016 tarihli ve E.48795 sayılı etik kurul onayı (Ek 4) alındıktan sonra araştırmanın yapıldığı Aydın Devlet Hastanesi'nden 02/12/2016 tarihli ve E.21488 sayılı yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılma ya da katılmama konusunda, özgür oldukları konusunda bilgi verilip etik ilke olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam doyumunu belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	n=774	%
Yaş		
35-44	25	3,2
45-54	111	14,3
55-64	225	29,1
65-74	240	31,0
75 ve üzeri	173	22,4
Cinsiyet		
Kadın	399	51,6
Erkek	375	48,4
Medeni durum		
Bekar	185	23,9
Evli	589	76,1
Öğrenim durumu		
Okuma yazma yok	160	20,7
Okur-yazar	32	4,1
İlköğretim	439	56,7
Ortaöğretim	91	11,8
Yükseköğretim	52	6,7
Sosyal güvence		
Var	683	88,2
Yok	91	11,8
Yaşadığı yer		
Köy	161	20,8
İlçe	329	42,5
İl	20	2,6
Büyükşehir	264	34,1
Meslek		
Çalışmıyor	130	16,8
Memur	14	1,8
Serbest meslek	107	13,8
Ev hanımı	225	29,1
Emekli	298	38,5
Aile tipi		
Çekirdek aile	627	81,0
Geniş aile	121	15,6
Tek ebeveyn	26	3,4
Gelir durumu		
Gelir giderden az	306	39,5
Gelir gidere denk	412	53,3
Gelir giderden fazla	56	7,2
Zararlı alışkanlıklar		
Yok	632	81,7
Sigara	92	11,8
Alkol	24	3,1
Sigara, Alkol	26	3,4

Hastaların demografik özelliklerine yönelik bulgular tablo 3’ te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların; %31’ i 65-74 arası yaş grubunda, %51,6’ sı kadın, %76,1’ i evli, %56,7’ si ilköğretim mezunu, %88,2’ sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %42,5’ i ilçede yaşamakta, %38,5’ i emekli, %81’ i çekirdek aile yapısına sahip, %53,3’ ünün geliri giderine denk, %11,8’ i sigara içmektedir.

Tablo 4. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri

Tanıttıcı Özellikler	n=774	%
Eşlik eden kronik hastalıklar (n katlanmıştır)		
DM	308	39,8
KKH	346	44,7
Hipotroidi	80	10,3
Hiperlipidemi	204	26,4
KOAH	57	7,4
Kanser	8	1
Kalp yetmezliği	64	8,3
Renal yetmezlik	31	4
Astım	99	12,8
Bronşit	112	14,5
Diğer	82	10,6
Ailede hipertansiyon varlığı		
Hastalık var	438	56,6
Hastalık yok	336	43,4
Hipertansiyon süresi		
6-11 ay	10	1,3
1-5 yıl	222	28,7
6-10 yıl	264	34,1
11-15 yıl	110	14,2
16 yıl ve üzeri	168	21,7
Kan basıncı ölçüm sıklığı		
Her gün	169	21,8
Haftada bir kez	164	21,3
Ayda bir kez	124	16
Otuz günün üzerinde	25	3,2
Rahatsız olduğum zaman	193	24,9
Ölçmüyorum	99	12,8
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma sıklığı		
Ayda bir	180	23,3
Üç ayda bir	244	31,5
Altı ayda bir	94	12,1
Yılda bir	54	7
Hiç gitmem	202	26,1
Hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedeni		
İhmalkârlık	47	6,1
Rahatsız olmuyorum	91	11,8
İlaçlarımı kullanıyorum	20	2,6
Kontrollerime giderim	571	73,7
Diğer	45	5,8
Şu anda kullandığı antihipertansif ilaç sayısı		
Bir tane	580	74,9
İki tane	173	22,4
İkiden fazla	21	2,7

Tablo 4. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	n=774	%
Antihipertansif ilaç kullanma süresi		
6-11 ay	30	3,8
1-5 yıl	317	41
6-10 yıl	242	31,3
11-15 yıl	82	10,6
16 yıl ve üzeri	103	13,3
İlacı tanıma şekli		
İsminden	339	43,8
Kutusundan	404	52,2
Şeklinden	62	8
Renginden	31	4
Antihipertansif ilaç değişikliği durumu		
Evet	426	55
Hayır	348	45
İlaç değişikliğinin sebebi (evet diyenler)		
Yan etki yaptı	74	9,6
Tansiyonumu düşürmedi	228	29,4
Pahalıydı	20	2,6
Doktorumun önerisiydi	76	9,8
Nedenini bilmiyorum	28	3,6
İlacı alma durumu		
Her gün düzenli	692	89,4
Tansiyonumun yükseldiğini hissettiğimde	61	7,9
Hiç almam	21	2,7
Hipertansiyon eğitimi alma durumu		
Evet	213	27,5
Hayır	561	72,5
İlaç dışı yöntem kullanma durumu		
Evet	443	57,2
Hayır	331	42,8
Yöntemin yararına inanma durumu		
Evet	392	50,6
Hayır	382	49,4
Diyet uygulama durumu		
Evet	518	66,9
Hayır	256	33,1
Egzersiz yapma durumu		
Yapıyor	251	32,4
Yapmıyor	523	67,6
Egzersiz yapma düzeni		
Düzenli	174	22,5
Düzenli değil	77	9,9
Hiç yapmıyor	523	67,6
Stres yaratan faktör bulunma durumu		
Evet	544	70,3
Hayır	230	29,7
Stresle baş etme yöntemi kullanma durumu		
Evet	214	27,6
Hayır	560	72,4
Cinsel yaşantıda değişiklik durumu		
Evet	168	21,7
Hayır	606	78,3

Tablo 4. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	n=774	%
Tansiyon yüksekliğini anlama şekli		
Baş dönmesi	124	16
Baş ense ağrısı	226	29,2
Göz kararması	71	9,2
Halsizlik-Bulantı	62	8
Diğer	291	37,6

Tablo 4’ te hastaların, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri incelenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %44,7’ sinde Koroner Kalp Hastalığı (KKH), %56,6’ sinin ailesinde esansiyel hipertansiyon hastalığı, %34,1’ inin 6-10 yıldır esansiyel hipertansiyon hastası olduğu saptanmıştır. Esansiyel hipertansiyon hastalarının %24,9’ u rahatsız olduğu zaman kan basıncını ölçtürmekte, %31,5’ i üç ayda bir klinik kontrole gitmekte, %11,8’ i rahatsız olmadığı için klinik kontrole gitmemekte, %74,9’ u hipertansiyon için bir tane ilaç kullanmakta, %41’ i 1-5 yıldır antihipertansif ilaç kullanmaktadır. Hastaların ilacını tanıma durumu incelendiğinde; %52,2’ si ilacı kutusundan tanıdığını ifade etmekte, %55’ inin ilaç tedavisinde değişiklik yapılmış olup, %29,4’ ü bu değişikliğin sebebini “tansiyonumu düşürmedi” şeklinde ifade etmektedir. Hastaların %89,4’ ü hergün düzenli olarak ilaçlarını kullanmakta, %72,5’ i hipertansiyon eğitimi almış, %57,2’ si kan basıncını kontrol altına almak için ilaç dışı yöntem kullanmakta, %50,6’ sı kullandığı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığına inanmakta, %66,9’ u bir diyet uygulamaktadır (Tablo 4). Hastaların %67,6’ sı egzersiz yapmamakta, %70,3’ ü hayatının belli dönemlerinde stres yaşamakta ancak %72,4’ ü stresini kontrol altına almak için baş etme yöntemi kullanmamakta, %78,3’ ü hastalığa ve ilaçlara bağlı cinsel yaşamında değişiklik olmadığını ifade etmektedir. Esansiyel hipertansiyon hastalarının %37,6’ sında kan basıncı yükseldiğinde diğer (sersemlik, uyku hali, ateş, ağız kuruluğu, heyecan, gözde kıvılcımlanma, kalp ağrısı, terleme, baygınlık hissi, pollaküri, sinirlilik hali, ayaklarda şişme, vücudumda basınç hissi) belirti ve bulgular oluşmaktadır.

Tablo 5. Hastaların kilo, BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değerlerinin ortalaması

	Ortalama	Standartsapma
Kilo	79,16	14,81
Beden Kütle İndeksi	29,79	14,94
Sistolik kan basıncı	124,55	19,53
Diyastolik kan basıncı	73,53	11,37
Nabız	76,22	13,92
Total Kolesterol	195,22	50,21
LDL	117,65	36,80
HDL	53,50	13,54
Trigliserit	151,35	87,50

Hastaların kilo, beden kütle indeksi, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değerlerinin ortalama ve standart sapma değerleri tablo 5’ te verilmiştir. Hastaların ortalama kilo değeri $79,16 \pm 14,81$; ortalama beden kütle indeksi değeri $29,79 \pm 14,94$; ortalama sistolik kan basıncı değeri $124,55 \pm 19,53$; ortalama diyastolik kan basıncı değeri $73,53 \pm 11,37$; ortalama nabız değeri $76,22 \pm 13,92$; ortalama total kolesterol değeri $195,22 \pm 50,21$; ortalama LDL değeri $117,65 \pm 36,80$; ortalama HDL değeri $53,50 \pm 13,54$; ortalama trigliserit değeri $151,35 \pm 87,50$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6. Hastaların yaşam doyumu ölçeği ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinden aldıkları minimum, maksimum ve ortalama puanlar

	n	Min.	Max.	Ort.	Std. Dev.
Yaşam Doyumu Ölçeği	774	5,00	35,00	20,87	8,32
İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği	774	26,00	78,00	64,57	14,10

Hastaların yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları $20,87 \pm 8,32$; ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları $64,57 \pm 14,10$ olarak bulunmuştur (min=5, max=35; min=26, max=78) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n=774	Yaşam Doyumu Ölçeği			İBÖS Ölçeği		
		X	SS	Önemlilik	X	SS	Önemlilik
Yaş							
35-44	25	19,60	8,65	KW=13,602 p=0,009**	61,20	16,70	KW=29,454 p=0,000***
45-54	111	19,69	8,04		58,00	17,58	
55-64	225	19,87	8,18		64,43	13,49	
65-74	240	21,42	8,43		67,27	11,52	
75 ve üzeri	173	22,38	8,30		65,73	13,97	
Cinsiyet							
Kadın	399	20,47	8,64	MWU=71380,5 p=0,269	65,19	13,85	MWU=22226,5 p=0,114
Erkek	375	21,31	7,98		63,92	14,36	
Medeni durum							
Bekar	185	18,77	8,88	MWU=44731,5 p=0,000***	65,69	13,73	MWU=50633,5 p=0,145
Evli	589	21,54	8,04		64,22	14,22	
Öğrenim durumu							
Okuma yazma yok	160	19,62	8,61	KW=7,695 p=0,103	64,05	15,98	KW=10,126 p=0,038*
Okur-yazar	32	20,28	8,18		64,31	14,80	
İlköğretim	439	21,19	8,32		64,33	13,48	
Ortaöğretim	91	20,44	7,97		64,81	13,70	
Yükseköğretim	52	23,25	7,83		68,02	13,49	
Sosyal güvence							
Var	683	21,39	8,20	MWU=22126 p=0,000***	65,49	13,05	MWU=25263,5 p=0,004**
Yok	91	17,02	8,30		57,68	19,10	
Yaşadığı yer							
Köy	161	21,50	7,97	KW=8,838 p=0,032*	66,65	12,58	KW=10,366 p=0,016*
İlçe	329	20,33	8,55		63,13	14,73	
İl	20	25,35	6,78		67,15	11,72	
Büyükşehir	264	20,84	8,29		64,91	14,22	
Meslek							
Çalışmıyor	130	19,48	8,75	KW=3,926 p=0,416	64,65	15,41	KW=10,995 p=0,027*
Memur	14	22,50	7,05		65,21	14,94	
Serbest meslek	107	20,90	8,17		60,50	16,06	
Ev hanımı	225	20,94	8,52		64,77	13,56	
Emekli	298	21,35	8,08		65,82	12,91	
Aile tipi							
Çekirdek aile	627	20,91	8,23	KW=7,165 p=0,028*	64,48	14,08	KW= 0,795 p=0,672
Geniş aile	121	21,59	8,46		64,31	15,03	
Tek ebeveyn	26	16,85	9,19		67,92	9,52	
Gelir durumu							
Gelir giderden az	306	17,98	8,14	KW=69,571 p=0,000***	63,64	14,83	KW=1,839 p=0,399
Gelir gidere denk	412	22,33	7,85		65,17	13,69	
Gelir giderden fazla	56	25,95	7,66		65,30	13,03	
Zararlı alışkanlıklar							
Yok	632	20,88	8,40	KW=3,266 p=0,352	65,23	13,64	KW=15,055 p=0,002**
Sigara	92	20,14	8,66		63,07	14,99	
Alkol	24	23,79	6,05		66,58	10,64	
Sigara, alkol	26	20,58	6,95		52,08	18,80	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 7’ de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık

değerlerini yer almaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 75 ve üzeri yaş grubundaki hastaların yaşam doyumu puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ($22,38 \pm 8,30$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$). Hastaların yaşa göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 65-74 yaş aralığında olan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($67,27 \pm 11,52$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

Hastaların cinsiyete göre yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek hastaların yaşam doyumu puan ortalamalarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,31 \pm 7,98$) ancak kadın hastaların erkek hastalara göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($65,19 \pm 13,85$) aradaki farkın her iki ölçek için de anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların medeni durum değişkenine göre yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan hastaların puan ortalamalarının bekâr olan hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,54 \pm 8,04$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Hastaların medeni durum değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; bekâr olan hastaların puan ortalamalarının evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu ($65,69 \pm 13,73$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların öğrenim durumu değişkenine göre yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yüksek öğretim mezunu hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($23,25 \pm 7,83$) tespit edilmiş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların öğrenim durumu değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; yüksek öğretim mezunu hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($68,02 \pm 13,49$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların sosyal güvence durumuna göre yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olan hastaların puan ortalamalarının,

olmayanlara göre daha yüksek olduğu ($21,39 \pm 8,20$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Hastaların sosyal güvence durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sosyal güvencesi olan hastaların puan ortalamalarının, olmayanlara göre daha yüksek olduğu ($65,49 \pm 13,05$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 7).

Hastaların yerleşim yeri değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilde yaşayan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($25,35 \pm 6,78$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların yerleşim yeri değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ilde yaşayan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($67,15 \pm 11,72$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların meslek değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; memurların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($22,50 \pm 7,05$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların meslek değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; emeklilerin puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($65,82 \pm 12,91$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların aile tipi değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geniş aileye sahip hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,59 \pm 8,46$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; tek ebeveyn aile yapısına sahip hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($67,92 \pm 9,52$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların gelir durumu değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderden fazla olan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($25,95 \pm 7,66$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Hastaların gelir durumu değişkenine göre ilaç tedavisine

bağıllık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderden fazla olan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($65,30 \pm 13,03$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Hastaların zararlı alışkanlıklar değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($23,79 \pm 6,05$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların zararlı alışkanlıklar değişkenine göre ilaç tedavisine bağıllık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; alkol kullanan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($66,58 \pm 10,64$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağıllık/uyum öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Tanıttıcı Özellikler	n=774	X	Yaşam Doyumu SS	Önemlilik	X	Uyum Ölçeği SS	Önemlilik
Ailede hipertansiyon varlığı							
Hastalık var	439	20,96	8,48	MWU=72516 p=0,729	64,35	14,26	MWU=72585,5 p=0,745
Hastalık yok	335	20,76	8,13		64,86	13,91	
Hastalığı süresi							
6-11 ay	10	24,5	8,18	KW=4,921 p=0,296	67,6	8,88	KW=27,825 p=0,000***
1-5 yıl	222	20,55	8,26		60,98	15,85	
6-10 yıl	264	20,39	8,41		64,83	14,23	
11-15 yıl	110	21,85	7,72		67,95	12,34	
16 yıl ve üzeri	168	21,22	8,65		66,54	11,71	
Kan basıncı ölçüm sıklığı							
Her gün	169	21,6	8,64	KW=10,347 p=0,066	65,93	12,27	KW=9,761 p=0,082
Haftada bir kez	164	21,76	8,35		64,98	12,87	
Ayda bir kez	124	20,52	8,46		64,74	14,4	
Otuz günün üzerinde	25	20,84	7,26		65,08	17,13	
Rahatsız olduğum zaman	193	20,83	8,07		65,02	14,25	
Ölçmüyorum	99	18,73	8,12		60,39	16,87	
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma sıklığı							
Ayda bir	180	20,02	8,22	KW=7,601 p=0,107	65	12,9	KW=16,701 p=0,002**
Üç ayda bir	244	21,53	8,09		66,8	12,45	
Altı ayda bir	94	20,98	8,98		65,27	12,55	
Yılda bir	54	23,02	7,74		67,13	11,74	
Hiç gitmem	202	20,23	8,46		60,5	17,2	
Hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedeni							
İhmalkarlık	47	20,53	7,41	KW=,961 p=0,618	56,21	18,22	KW=11,670 p=0,003**
Rahatsız olmuyorum	91	21,64	8,15		64,88	15,15	
İlaçlarımı kullanıyorum	20	21,9	8,53		69,25	5,87	
Diğer	45	16,56	9,23		52,6	19,2	

Tablo 8. Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	n=774	X	Yaşam Doyumu SS	Önemlilik	X	Uyum Ölçeği SS	Önemlilik
Şu anda kullandığı antihipertansif ilaç sayısı							
Bir tane	580	20,86	8,23	KW=0,095 p=0,954	64,52	14,06	KW=0,24 p=0,887
İki tane	173	20,98	8,64		64,42	14,69	
İkiden fazla	21	20,57	8,99		67,24	10,35	
Antihipertansif ilaç kullanma süresi							
6-11 ay	30	20,37	9,11	KW=2,391 p=0,664	62,33	14,63	KW=23,983 p=0,000***
1-5 yıl	317	20,79	7,88		61,99	15,52	
6-10 yıl	242	20,45	8,71		65,69	13,55	
11-15 yıl	82	22,05	8,08		67,26	12,67	
16 yıl ve üzeri	103	21,35	8,76		68,43	9,72	
Antihipertansif ilaç değişikliği durumu							
Evet	426	20,77	8,31	MWU=72727 p=0,651	65,69	12,77	MWU=69914 p=0,172
Hayır	348	21,01	8,36		63,20	15,50	
İlaç değişikliğinin sebebi							
Yan etki yaptı	74	20,11	7,95	KW=7,3416 p=0,118	66,59	11,38	KW=1,6843 p=0,793
Tansiyonumu düşürmedi	228	21,72	8,34		65,13	13,37	
Pahalıydı	20	20,35	8,48		67,4	9,93	
Doktorumun önerisiydi	76	19,26	8,34		66,8	11,86	
Neden bilmiyorum	28	19,14	8,3		63,71	15,49	
İlacı alma durumu							
Her gün düzenli	692	20,92	8,33	KW=152,109 p=0,410	67,69	10,1	KW=0,815 p=0,000***
Tansiyonumun yükseldiğini hissettiğimde	61	20,25	8,08		41,82	16,54	
Hiç almam	21	21,14	9,31		28,05	5,97	
Hipertansiyon eğitimi alma durumu							
Evet	213	21,95	8,77	MWU=52647 p=0,010**	67,70	11,62	MWU=49026,5 p=0,000***
Hayır	561	20,47	8,13		63,39	14,78	
İlaç dışı yöntem kullanma durumu							
Evet	443	20,95	8,27	MWU=72625,5 p=0,822	64,59	13,72	MWU=70577 p=0,372
Hayır	331	20,78	8,42		64,55	14,63	
Yöntemin yararına inanma durumu							
Evet	392	21,04	8,20	MWU=73412,5 p=0,638	64,75	13,59	MWU=73113 p=0,57
Hayır	382	20,71	8,47		64,39	14,63	
Diyet uygulama durumu							
Evet	518	20,84	8,29	MWU=65532,5 p=0,792	64,90	13,62	MWU=66296,5 p=0,998
Hayır	256	20,95	8,42		63,92	15,05	
Egzersiz yapma durumu							
Yapıyor	251	21,75	8,30	MWU=60002 p=0,053	66,73	12,44	MWU=56937 p=0,003**
Yapmıyor	523	20,46	8,32		63,54	14,74	
Egzersiz yapma düzeni							
Düzenli	174	21,55	8,57	MWU=0,422 p=0,516	66,76	11,91	MWU=0,913 p=0,339
Düzenli değil	77	22,21	7,71		66,68	13,63	
Stres yaratan faktör bulunma durumu							
Evet	544	19,75	8,60	MWU=46622 p=0,000***	64,55	14,03	MWU=62296,5 p=0,926
Hayır	230	23,53	6,97		64,63	14,33	

Tablo 8. Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	n=774	X	Yaşam Doyumu	Uyum Ölçeği
			SS	Önemlilik
Stresle baş etme yöntemi kullanma durumu				
Evet	214	19,28	8,59	MWU=50756,5
Hayır	560	21,49	8,15	p=0,001***
Cinsel yaşantıda değişiklik durumu				
Evet	168	20,74	7,87	MWU=49993
Hayır	606	20,91	8,46	p=0,722
Kan basıncı yüksekliğinde oluşan belirti ve bulgular				
Baş dönmesi	124	22,10	8,12	65,07
Baş ense ağrısı	226	21,05	8,32	65,51
Göz kararması	71	21,46	8,97	62,55
Halsizlik-Bulantı	62	18,89	7,64	65,97
Diğer	291	20,50	8,35	63,83

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 8’ de hastaların, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri yer almaktadır. Hastaların ailede hipertansiyon varlığı değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesinde hipertansiyon hastalığı olan bireylerin puan ortalamalarının, olmayanlara göre daha yüksek olduğu (20,96±8,48) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Hastaların ailede hipertansiyon varlığı değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ailesinde hipertansiyon hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamalarının, olanlara göre daha yüksek olduğu (64,86±13,91) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 8).

Hastaların hastalık süresine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 6-11 aydır hipertansiyonu olan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu (24,5±8,18) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Hastaların hipertansiyon hastalığı süresine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 11-15 yıl hipertansiyonu olan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu (67,95±12,34) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 8).

Hastaların kan basıncını ölçtürme sıklığı değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; haftada bir kez kan basıncını ölçtüren hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,76 \pm 8,35$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların kan basıncını ölçtürme sıklığı değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; hergün kan basıncını ölçen hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($65,93 \pm 12,27$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların hipertansiyon kontrollerini yaptırma sıklığı değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yılda bir kez kontrole giden hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($23,02 \pm 7,74$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların hipertansiyon kontrollerini yaptırma sıklığı değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, yılda bir kez hipertansiyon için kontrole giden hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($67,13 \pm 11,74$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 8).

Hastaların hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilaçlarını düzenli kullanan hastaların puan ortalamaları diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,90 \pm 8,53$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ilaçlarını düzenli kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($69,25 \pm 5,87$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 8).

Hastaların kullandığı antihipertansif ilaç sayısı değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iki tane ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($20,98 \pm 8,64$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların kullandığı antihipertansif ilaç sayısı değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; günde ikiden fazla ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($67,24 \pm 10,35$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların antihipertansif ilaç kullanma süresine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 11-15 yıl süreyle ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($22,05 \pm 8,08$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların antihipertansif ilaç kullanma süresine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 16 yıl ve üzeri antihipertansif ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($68,43 \pm 9,72$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 8).

Hastaların antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilaç tedavisinde değişiklik yapılmayan hastaların puan ortalamalarının, ilaç tedavisinde değişiklik yapılan hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,01 \pm 8,36$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç tedavisinde değişiklik yapılan hastaların puan ortalamalarının, ilaç tedavisinde değişiklik yapılmayan hastalara göre daha yüksek ($65,69 \pm 12,77$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların ilaç değişikliğinin sebebine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilaç değişikliğinin sebebini “tansiyonumu düşürmedi” şeklinde ifade eden hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,72 \pm 8,34$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların ilaç değişikliğinin sebebine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; “ilaç pahalıydı” şeklinde ifade eden hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($67,40 \pm 9,94$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların ilaç alma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hiç ilaç kullanmayan hastaların puan ortalamalarının ilaç kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu ($21,14 \pm 9,31$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların ilaç alma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ilaçlarını düzenli kullanan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu

(67,69±10,1) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 8).

Hastaların hipertansiyon eğitimi alma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hipertansiyon eğitimi alan hastaların puan ortalamalarının, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu (21,95±8,77) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların hipertansiyon eğitimi alma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; hipertansiyon eğitimi alan hastaların puan ortalamalarının, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu (67,70±11,62) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 8).

Hastaların ilaç dışı yöntem kullanma değişkenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilaç dışı yöntem kullanan hastaların puan ortalamalarının, kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu (20,95±8,27) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların ilaç dışı yöntem kullanma değişkenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç dışı yöntem kullanan hastaların puan ortalamalarının, kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu (64,59±13,72) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Hastaların kullanılan ilaç dışı yöntemin yararına inanma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yöntemin yararına inanan hastaların puan ortalamalarının, inanmayanlara göre daha yüksek olduğu (21,04±8,20) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların kullanılan ilaç dışı yöntemin yararına inanma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; yöntemin yararına inanan hastaların puan ortalamalarının, inanmayanlara göre daha yüksek olduğu (64,75±13,59) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Hastaların diyet uygulama durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; diyet uygulamayan hastaların puan ortalamalarının, diyet uygulayanlara göre daha yüksek olduğu (20,95±8,42) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların diyet uygulama durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; diyet uygulayan

hastaların puan ortalamalarının, uygulamayanlara göre daha yüksek olduğu ($64,90 \pm 13,62$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların egzersiz yapma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; egzersiz yapan hastaların puan ortalamalarının, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu ($21,75 \pm 8,30$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların egzersiz yapma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; egzersiz yapan hastaların puan ortalamalarının, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu ($66,73 \pm 12,44$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 8).

Hastaların egzersiz yapma düzenine göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli egzersiz yapmayan hastaların puan ortalamalarının, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu ($22,21 \pm 7,71$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların egzersiz yapma düzenine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; düzenli egzersiz yapan hastaların puan ortalamalarının, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu ($66,76 \pm 11,91$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların yaşamında stres yaratan faktör bulunma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşamında stres faktörü bulunmayan hastaların puan ortalamalarının, bulunanlara göre daha yüksek olduğu ($23,53 \pm 6,97$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Hastaların yaşamında stres yaratan faktör bulunma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; yaşamında stres faktörü bulunmayan hastaların puan ortalamalarının, bulunanlara göre daha yüksek olduğu ($64,63 \pm 13,44$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların stresle başetme yöntemi kullanma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; stresle baş etme yöntemi kullanmayan hastaların puan ortalamalarının, kullananlara göre daha yüksek olduğu ($21,49 \pm 8,15$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Hastaların stresle baş etme yöntemi kullanma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; stresle başetme yöntemi kullanmayan hastaların puan

ortalamlarının, kullananlara göre daha yüksek olduğu ($64,81 \pm 14,27$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların cinsel yaşantıda değişiklik olma durumuna göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsel yaşantısında değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarının, değişiklik olanlara göre daha yüksek olduğu ($20,91 \pm 8,46$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların cinsel yaşantıda değişiklik olma durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; cinsel yaşantısında değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarının değişiklik olanlara göre daha yüksek olduğu ($64,83 \pm 13,99$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Hastaların kan basıncı yüksekliğinde oluşan belirti ve bulgulara göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; baş dönmesi yaşayan hastaların puan ortalamalarının, diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($22,10 \pm 8,12$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Hastaların kan basıncı yüksekliğinde oluşan belirti ve bulgulara göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; halsizlik-bulantı yaşayan hastaların puan ortalamalarının, diğer hastalara göre daha yüksek olduğu ($65,97 \pm 12,20$) ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların yaşam doyumu ölçeği ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği arasındaki ilişki

İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği	
Yaşam Doyumu Ölçeği	$r = ,154^{**}$ $p = ,000$

Hastaların yaşam doyumu ölçeği ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizinde; hastaların yaşam doyumu ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik durumu arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmış olup ($r = 0,154^{**}$, $p = 0,000$), hastaların tedaviye uyumu arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değerleri arasındaki ilişki

		Kilo	BKİ	Nabız	Total kolesterol	LDL	HDL	Trigliserit
Sistolik Kan Basıncı	r	,105	,097	,060	,094	,088	,043	,031
	p	,003**	,007**	,093	,009**	,015*	,230	,397
Diyastolik Kan Basıncı	r	,098	,064	,097	,101	,109	,053	,060
	p	,007**	,076	,007**	,005**	,002**	,137	,095

Araştırma kapsamına alınan esansiyel hipertansiyon hastalarının sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değişkenleri ile kilo, BKİ, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizinde; sistolik kan basıncı ve kilo ($r=0,105$; $p=0,003^{**}$), BKİ ($r=0,097$; $p=0,007^{**}$), total kolesterol ($r=0,094$; $p=0,009^{**}$) ve LDL ($r=0,088$; $p=0,015^{*}$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$). Sistolik kan basıncı ve nabız ($r=0,060$; $p=0,093$), HDL ($r=0,043$; $p=0,230$) ve trigliserit ($r=0,031$; $p=0,397$), değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10). Hastaların diyastolik kan basıncı ile kilo ($r=0,098$; $p=0,007^{**}$), nabız ($r=0,097$; $p=0,007^{**}$), total kolesterol ($r=0,101$; $p=0,005^{**}$), LDL ($r=0,109$; $p=0,002^{**}$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$). Diyastolik kan basıncı ve BKİ ($r=0,064$; $p=0,076$), HDL ($r=0,053$; $p=0,137$) ve trigliserit ($r=0,060$; $p=0,095$) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde esansiyel hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Tüm dünyada ve ülkemizde hipertansiyon prevelansının giderek artması, kontrol altına alınmadığı takdirde önemli ciddi komplikasyonlara ve ölümlere yol açması nedeniyle ele alınması gereken önemli bir halk sağlığı problemidir (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Bu nedenle hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesi için ilaç tedavisine olan uyumun değerlendirilmesi sağlık profesyonellerine yol göstermesi açısından önemlidir. Hipertansiyonun başarılı kontrolünde ve komplikasyonların önlenmesinde tedaviye uyum oldukça önemli bir konudur. Hastaların tedaviye uyumunun artması onlara daha kaliteli bir yaşam sağlayacak ve yaşamdan aldıkları doyumu arttıracaktır (Erci ve ark, 2018). İlaç tedavisine uyumluluk, hastanın ilacı order edildiği şekilde; doğru ilaç, doğru form, doğru doz, doğru zaman, doğru yol temel ilkeleri doğrultusunda kullanmasıdır (Perry ve Potter, 2011; Ulupınar ve Akıcı, 2015). Hipertansiyon tedavisinde amaç hastaların tedaviye uyumunu artırmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve yaşam doyumunu artırmaktır (Kara ve ark, 2009; Erci ve ark, 2018).

Çalışmada, katılımcıların %31' ini 65-74 yaş aralığında bulunan bireyler oluşturmaktadır. Karadağ ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yapmış oldukları çalışmada hastaların %50,4' ü 60 yaş ve üzerindedir (Karadağ ve ark, 2012). Yapılan çalışmayla bu durum benzerlik göstermektedir. Çalışmada, esansiyel hipertansiyon hastalarının %51,6' sını kadın hastalar, %48,4' ünü erkek hastalar oluşturmaktadır. Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği (2012) verilerine göre çalışma kapsamına alınan bireylerin %50,3' ünü kadın, %49,7' sini erkek bireyler oluşturmaktadır. Özbayram' ın yapmış olduğu çalışmada da kadın hastaların oranı daha fazladır (Özbayram, 2008). Çalışmanın bulguları yapılan araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. Kadınlarda hipertansiyonun yaygın olmasının, obezitenin kadınlarda daha sık görülüyor olması, postmenepozal değişikliklerin etkisiyle beden yağ dağılımının bozulması, kadınların bu dönemde tuza daha duyarlı olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Toprakçı Şahin ve ark, 2016).

Çalışmaya katılan bireylerin %76,1' i evli, %56,7' si ilköğretim mezunu, %88,2' sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %42,5' i ilçede yaşamakta, %38,5' i emeklidir. Anadol

ve Dişçigil' in hipertansif hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %51' inin emekli olduğu görülmektedir (Anadol ve Dişçigil, 2009). Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların %81' i çekirdek aile yapısına sahip, %53,2' si gelir durumlarını gelir gidere denk şeklinde ifade etmiş ve hastaların büyük çoğunluğunun zararlı alışkanlığı bulunmamaktadır. Hastalara hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yaşam tarzı alışkanlıkları sorgulandığında; bireylerin %11,9' unun sigara, %3,1' inin alkol, %3,7' sinin hem sigara hem alkol kullandıkları saptanmıştır. Atan ve Karabulutlu Yılmaz' ın yapmış olduğu çalışmada; bireylerin %90' ının sigara, %98,2' sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Atan ve Karabulutlu Yılmaz, 2016). Gün' ün çalışmasında, kadınların %95,2' sinin herhangi bir zararlı alışkanlığı olmadığını, erkek hastaların ise sadece %20' sinin sigara kullandığını bulmuştur (Gün, 2012). Yapılan çalışmalar, çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların % 39,8' inin diyabetes mellitus ve %44,7' sinin koroner kalp hastalığı olduğu görülmektedir. Gün' ün yapmış olduğu çalışmada hastaların %24,9' unda DM, %17,6' sında KKH ve %21,2' sinde hiperlipidemi hastalıklarının olduğu görülmektedir (Gün, 2012). Ramli ve arkadaşlarının 653 hipertansif hasta ile yaptığı çalışmada katılımcıların %43,64' ünde diyabet hastalığı tespit edilmiştir (Ramli ve ark, 2012). Tokem ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların %28,6' sının diyabetes mellitus ve %12,5' inin koroner kalp hastalığı olduğu saptanmıştır (Tokem ve ark, 2013). Akgöl ve arkadaşlarının çalışmasında hastalarda var olan kronik hastalıklar incelendiğinde hastaların %35,7' si diyabet, %28' i hiperlipidemi, %11,3' ü osteoporoz, %12,1' i hipotroidi, %9' u KOAH, %4,3' ü SVO, %21,2' si depresyon, %3,4' ü glokom, %2,3' ü kanser olduğu tespit edilmiştir (Akgöl ve ark, 2017). Çalışma bulgularımız, Tokem ve arkadaşlarının, Gün ve arkadaşlarının, Ramli ve arkadaşlarının, Akgöl ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre esansiyel hipertansiyon hastalarının %56,6' sının ailesinde bu hastalık görülmektedir. Yapılan bir çalışmada pozitif aile öyküsünün esansiyel hipertansiyonda etkili olduğu, anne ya da babadan biri hipertansif ise çocuklarında hipertansiyon gelişme riskinin önemli derecede arttığı saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Öztürk ve ark, 2011). Hipertansiyonun gelişimine etki eden faktörler arasında aile öyküsü %30 ile %60 oranında etkilemektedir (Özkan, 2008).

Yapılan çalışmada, hastaların %34,1' inin 6-10 yıldır hipertansiyonu olduğu tespit edilmiştir. İcyeroğlu' nun yaptığı çalışmada hastaların %40,9' u 1-5 yıl süresince

hipertansiyonu olduğunu ifade etmişlerdir (İçyeroğlu, 2012). Irmak ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların hipertansiyon için tanı alma süresi 4,39 yıl olarak tespit edilmiştir (Irmak ve ark, 2007). Çalışma sonuçları, yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların; %21,8' i her gün, %21,3' ü haftada bir kez, %16' sı ayda bir kez, %3,2' si otuz günün üzerinde, %24,9' u rahatsız olduğu zaman kan basıncını ölçtüklerini, %12,8' i ise hiç kan basıncını ölçmediklerini ifade etmişlerdir. Aypak ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların; %17,7' si her gün, %32,4' ü haftada birkaç defa, %32,9' u ayda birkaç defa, %10,6' sı yılda birkaç defa kan basıncını kontrol ettiğini ve %6,2' si kan basıncını hiç ölçtürmediğini ifade etmiştir (Aypak ve ark, 2013). Teke' nin çalışmasında hastaların; %29,8' i her gün, %18,3' ü haftada bir kez, %17,9' u nadiren, %28,5' i rahatsızlandıkça kan basıncını ölçtürmekte, %5,5' i hiç kan basıncını ölçmemektedir (Teke, 2016). Çalışmalarda kan basıncı ölçüm sıklığı farklı oranlarda görülmektedir. Bu farklılık her çalışmanın örnekleminin tamamen homojen bir gruptan oluşmamasıyla, eğitim durumu, yaş, sosyoekonomik düzey, yaşanılan yer, hastalık süresi gibi özelliklerin farklılık göstermesiyle ilişkili olabilir.

Çalışma kapsamında olan esansiyel hipertansiyon hastalarının %73,9' u belli aralıklarla kontrole gitmekte, %26,1' i ise hipertansiyon için hiç kontrole gitmemektedir. Özdemir' in yaptığı çalışmada hipertansiyon kontrollerini yaptıran grup %55,9' luk dilimi oluşturmakla beraber bu grubun %43,2' si üç ayda bir kontrole gitmektedir (Özdemir, 2012). Atan ve Karabulutlu Yılmaz çalışmasında hastaların %55,9' u hipertansiyon kontrollerini yaptırmaktadır (Atan ve Karabulutlu Yılmaz, 2016). Çöl ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada düzenli kontrole gidenlerin yüzdesi 41,8' dir (Çöl ve ark, 2006). Tokem ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcılarının %76,8' inin ilaçların düzenlenmesi ve kan basıncının kontrolü için belli aralıklarla kontrole gittiği belirlenmiştir (Tokem ve ark, 2013). Çalışma bulguları yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla genel olarak benzer niteliktedir.

Yapılan çalışmada hastalar kontrollerini yaptırmama nedenlerini; %6,1 oranında, “ihmkarlık”, %11,8 oranında “rahatsız olmuyorum”, %2,6 oranında “ilaçlarımı kullanıyorum”, %5,8 oranında “diğer sebepler (ulaşım sorunu, maddi yetersizlik, iş yoğunluğu, diğer sağlık problemleri, hastaneye götürecek birilerinin olmaması)” şeklinde ifade etmişlerdir. İçyeroğlu' nun çalışmasında hastaların %4,1' i kontrollerini unutmakta, %2,3' ü iş yoğunluğundan gidememekte, %23,6' sı ulaşım sorunu yaşamakta, %5,5' i hastalığının çok ciddi olmadığını düşünmekte, %8,6' sı kendisini iyi hissettiği için kontrole

gitmemektedir (İçyeroğlu, 2012). Çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinin, her iki çalışmanın farklı coğrafi bölgede, farklı örneklem grubuyla uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre hastaların %74,9' u bir tane antihipertansif ilaç kullanmaktadır. Atan ve Yılmaz' ın yaptığı bir çalışmada hastaların %56,8' i birden fazla, %35' i ise tek ilaç kullanmaktadır (Atan ve Yılmaz, 2015). Aypak ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %28,2' sinin tek, %45,9' unun iki, %22,4' ünün üç, %3,5' inin ise dört çeşit antihipertansif ilaç kullandığı tespit edilmiştir (Aypak ve ark, 2013). Önen' in çalışmasında katılımcıların %55,9' unun iki ve daha fazla çeşit antihipertansif ilaç kullandığı, %44,1' inin ise tek çeşit antihipertansif ilaç kullandığı saptanmıştır (Önen, 2015). Çalışma bulgumuzun farklılık göstermesinin, hasta popülasyonunun ileri yaş grubundaki bireylerden oluşması ve buna bağlı ilaç alımının unutulması ihtimaline karşı tek ilaç kullanımının tercih edilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmaya dâhil edilen hastaların %41' i 1-5 yıldır antihipertansif ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. İçyeroğlu' nun çalışmasında hastaların %44,1' i 1-5 yıldır antihipertansif ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir (İçyeroğlu, 2012). Çalışma sonuçları yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre esansiyel hipertansiyon hastalarının %52,2' si ilacı kutusundan tanıdığını ifade etmiştir. Hastaların %55' inin ilaç tedavisinde değişiklik yapılmış olup, bu değişikliğin sebebini %29,5' i ilaç tansiyonumu düşürmedi şeklinde belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %89,4' ü ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade etmiş ve tedaviye uyum oranı yüksek bulunmuştur. Akpınar ve Tezel' in yapmış olduğu çalışmada hastaların %78,46' sının ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir (Akpınar ve Tezel, 2003). Yapılan bir çalışmada ilaç kullandığını ifade eden hipertansif hastaların %78,8' i ilaçlarını her gün düzenli kullandıklarını, %18,2' si şikâyeti olduğu zaman/aclına geldiğinde, %3' ü ölçtüğü zaman kan basıncı yüksek çıktığında ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir (Öztürk ve ark, 2011). Çalışma sonucu yapılan diğer çalışmalarla uyumludur.

Çalışmada hipertansiyon hastalığı hakkında eğitim alan hastaların yüzdesi 22,5 iken, hipertansiyon hakkında hiçbir eğitim almayan hastaların yüzdesi 72,5 olarak tespit edilmiş olup, hipertansiyon eğitimi almayan hastaların önemli bir yüzdelik dilime sahip olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz bulgular neticesinde önemli bir kesimin hipertansiyon eğitimi almadığı, bu konuya ilişkin hastaların eğitim gereksinimlerinin eksik kaldığı tespit

edilmiştir. Hastaların tedaviye uyumunda hasta eğitimi önemli olup hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Teke' nin çalışmasında hastaların %55,7' si hastalığı ile ilgili sağlık profesyonellerinden eğitim aldıklarını bildirmişlerdir (Teke, 2016). Hipertansif hastalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerden biri, hastalık ve tedaviye ilişkin hasta eğitiminin yetersiz olmasıdır (Kara ve ark, 2009). Kara ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun antihipertansif ilacının ismini (%76,6) ve dozunu (%77,9) bilmesine rağmen, ilacın yan etkilerini bilenlerin oranı düşük (%57,1) tespit edilmiştir (Kara ve ark, 2009). Yapılan çalışma literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların %57,2' si kan basıncını düşürmek için ilaç dışında başka bir yöntem kullanmaktadır ve bu hastaların da %50,6' sı kullandıkları yöntemin kan basıncını düşürdüğüne inanmaktadır. Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların %9,1' i kan basıncını kontrol altına almak için bitkisel yöntemler kullanmaktadır ve bu hastaların %93,3' ü kullandığı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığına inanmaktadır (Gün, 2012). Güven ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların %52,7' sinin hipertansiyonu kontrol altına almak için tamamlayıcı alternatif bir yöntem kullandığı tespit edilmiş olup yapılan çalışmayla benzer bulunmuştur (Güven ve ark, 2013). Efe ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; hastaların %74,7' sinin destekleyici tedavi kullandığı ve bu hastaların %75,7' sini kadın hastaların oluşturduğu görülmektedir (Efe ve ark, 2012). Destekleyici tedavi kullanan hastaların %63,72' si kullandıkları yöntemlerden fayda gördüklerini bildirmişlerdir (Efe ve ark, 2012). Biçen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hipertansiyon için bitkisel ürün kullanan hastaların %13' ünün kullandığı bitkisel ürün hakkında hekimine bilgi verdiği, %87' sinin ise kullandığı bitkisel ürün hakkında hekimine bilgi vermedikleri belirtilmiştir (Biçen ve ark, 2012). Bireyler tarafından kontrolsüz kullanılan destekleyici yöntemler hastalık tablosunun kötüleşmesine ve ortaya çıkan yan etkiler nedeniyle organ fonksiyon işleyişinin bozulmasına sebep olabilmektedir (Kes ve ark, 2016). Yapılan benzer çalışmalar, çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmada hastaların %66,9' u bir diyet uygulamaktadır ve hastaların %67,6' sı fiziksel egzersiz yapmamaktadır. Mert ve arkadaşlarının hipertansif hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %72,5' i diyet uygulamaktadır (Mert ve ark, 2011). Tokem ve arkadaşlarının hipertansif hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %65,2' sinin fiziksel egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Tokem ve ark, 2013). Yapılan çalışmalar araştırma

bulgularıyla paralellik göstermektedir. Hipertansiyonun gelişiminde rol alan fiziksel hareketsizlik düzeltilebilecek majör risk faktörlerindendir (Tokem ve ark, 2013).

Hastaların %70,3' ü stres yaşadıklarını ifade etmelerine karşın, %72,4' ü stresle baş etmek için etkili bir yöntem kullanmamaktadır. Tokem ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların %45,5' i stresle baş etmek için etkili bir yöntem kullanmamaktadır (Tokem ve ark, 2013). Yapılan çalışma ilgili literatürle genel olarak benzerdir.

Katılımcıların %78,3' ünde hastalığa ve ilaçlara bağlı cinsel yaşamında değişiklik meydana gelmemiştir. Çalışmada hipertansif hastaların beden kütle indeksi ortalamalarının 29,79 olduğu görülmektedir. Assimakopoulos ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada fazla kilolu kadınların cinsel istek, uyarılma ve orgazm memnuniyetsizliği gibi sorunlar yaşayarak cinsel ilişkiden kaçındıklarını ifade etmiştir (Assimakopoulos ve ark, 2006). Her iki çalışmanın bulguları genel olarak benzer niteliktedir.

Yapılan çalışmada hastaların kan basıncı yükseldiği zaman %29,2' sinde baş-ense ağrısı, %16' sında baş dönmesi, %9,2' sinde göz kararması, %8' inde halsizlik-bulantı, %37,6' sında diğer (çarpıntı, titreme, göğüs ağrısı, kulak çınlaması, burun kanaması, nefes darlığı, sersemlik, uyku hali, ateş, ağız kuruluğu, heyecan, gözde kıvılcımlanma, kalp ağrısı, terleme, baygınlık hissi, pollaküri, sinirlilik hali, ayaklarda şişme, vücudunda basınç hissi) gibi belirti ve bulgular oluşmaktadır. Awad ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kırsal kesimde yapılan örnekleme hastaların kan basıncı yükseldiği zaman %49,3' ü bulanık görme, %45,3' ü baş ağrısı yaşamakta, kentsel örnekleme hastaların %92' si bulanık görme, %76,7' si dispne yaşamaktadır (Awad ve ark, 2015). Yapılan çalışma sonucu Awad ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada katılımcıların ortalama sistolik kan basıncı $124,55 \pm 19,53$ mmHg ortalama diyastolik kan basıncı $73,53 \pm 11,37$ mmHg bulunmuştur. Cuspidi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların ortalama sistolik kan basıncı 149 ± 18 mmHg ortalama diyastolik kan basıncı 94 ± 10 mmHg olarak bulunmuştur (Cuspidi ve ark, 2002). Teke' nin yapmış olduğu çalışmada hastaların ortalama sistolik kan basıncı $135 \pm 20,5$ mmHg ortalama diyastolik kan basıncı $81,6 \pm 12$ mmHg bulunmuştur (Teke, 2016). Aypak ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama sistolik kan basıncı $137,9 \pm 18,3$ mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı $84,8 \pm 10,7$ mmHg olarak tespit edilmiştir (Aypak ve ark, 2013). Akgöl ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ortalama sistolik kan basıncı $135,1 \pm 15,8$ mmHg ve

ortalama diyastolik kan basıncı değeri 86.9 ± 10.6 mmHg olarak bulunmuştur (Akgöl ve ark, 2017). Bu çalışmada kan basıncının normal düzeyde olması komplikasyonların önlenmesi, sağlık harcamalarının azalması ve yaşam doyumuğunun artması ile ilişki olup çalışmayı uyguladığımız hasta grubumuz açısından sevindirici bir durumdur.

Hastaların yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları ortalama puan 20,87 olup yaşamlarından orta düzeyde memnun oldukları görülmektedir. Ayyıldız ve Ergüney' in hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi adlı çalışmasında bireylerin yaşam doyumu puanı 21.81 ± 6.33 olarak bulunmuştur (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Erol ve arkadaşlarının yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu adlı çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları 21.03 ± 5.95 , kronik hastalığı olmayan bireylerin ise yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları 24.03 ± 6.49 tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Erol ve ark, 2016). Göçgeldi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (Göçgeldi ve ark, 2008). Jufar ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puan $64,86 \pm 19$ tespit edilmiştir (Jufar ve ark, 2017). Çalışma bulguları, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bireylerin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 64,57 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada ilaç tedavisine uyum oranı orta düzeydedir. Tedaviye uyumun hipertansiyon komplikasyonlarının önlenmesi, yüksek kan basıncının kontrol altına alınması bakımından son derece önemli olduğu bilinmektedir. Bu sonuç örneklem grubundaki bireylerin çoğunun klinik kontrollerini yaptırmaları, düzenli kan basıncı takibini yapmaları sağlıklarıyla daha ilgili olmaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemiş olmaları ve çalışmaya katılan hastaların çoğunun sigara ve/veya alkol kullanmaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında Nur Teke' nin yaptığı çalışmaya katılan grubun ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 61,6; Hacıhasanoğlu' nun çalışmasında hastaların ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 55,3; Vatansever' in çalışmasında bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalaması 71,9 olarak tespit edilmiştir (Hacıhasanoğlu, 2009; Vatansever, 2011; Teke, 2016). Çalışmalardan ve bizim çalışmamızdan elde edilen puan ortalamaları orta düzeyde olup çalışmamızın sonuçları, Türkiye geneliyle uyumludur. Oğuz ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yaptıkları çalışmada, hastalık algısı ölçeği ile ilaca uyum hakkındaki inançlar

ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyona bakıldığında ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar alt boyutu ile hastalık algısı ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu ($p=.027$), tedavi kontrol alt boyutu ile ($p=.024$), süre-döngüsel alt boyutu ile ($p=.001$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Oğuz ve ark, 2016).

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ve yaşam doyumu ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar ve anlamlılık değerleri aşağıda verilmiştir.

75 yaş ve üzeri yaş aralığında olan esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Pınar ve Demirel' in çalışmasında 76-96 yaş aralığında olan bireylerin yaşam doyumu daha yüksek tespit edilmiş olup yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir (Pınar ve Demirel, 2016). Göçgeldi ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yaptıkları çalışmada, yaşın ilerlemesiyle bireylerin yaşam kalitesinden aldıkları puanın düştüğü ve bu düşüşün anlamlı olduğu bulunmuştur (Göçgeldi ve ark, 2008). Ayyıldız ve Ergüney' in yapmış olduğu çalışmada 30-50 yaş aralığında olan hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu en yüksek tespit edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Göçgeldi ve arkadaşlarının, Ayyıldız ve Ergüney' in yaptıkları çalışmalar bizim çalışma sonuçlarımızla farklılık göstermektedir. Çalışmada yaş ilerledikçe yaşam doyumunun artmasının toplumun kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Türk halkı kanaatkâr bir toplum yapısına sahiptir. Aynı zamanda bu sonuç bireylerin yaşın ilerlemesiyle hayattan beklentilerini karşılamış olması ile de açıklanabilir. 65-74 yaş grubunda olan esansiyel hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Genel olarak gençlerin yaşlılara göre daha uyumsuz olduğu saptanmış olup yaş arttıkça tedaviye uyum da artmıştır. Bu durum daha genç yaştaki hastaların hipertansiyon yönetimi konusunda sıkıntılarının olduğunu düşündürülebilir. Gupta ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, hipertansiyonlu hastalarda yaş ilerledikçe tedaviye uyumun arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Gupta ve ark, 2017). Çalışma sonucu yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir. Başka bir çalışmada yaşlanmanın hastalığı kabullenme sürecini kolaylaştırdığı ve genç yaşta olanların düzenli ilaç kullanma gereksinimlerini algılayamadıkları ifade edilmiştir (Tümer ve ark, 2016). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında; genç yaşta olmak, ilaç yan etkilerini

bilmek, sürekli ilaç kullanmaya bağımlı olma endişesi, ilaç dışı yöntemlerle kan basıncının kontrol altına alınabileceği inancı genç bireylerde tedaviye uyumu zorlaştıran etmenler arasında yer almıştır (Ünal ve ark, 2005).

İlaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ve yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları hastaların cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında; erkek hastaların kadın hastalara göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak kadın hastaların erkek hastalara göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup yapılan analiz neticesinde esansiyel hipertansiyon hastalarının cinsiyet grupları ile yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları ve cinsiyet grupları ile ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Erci ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puan istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Erci ve ark, 2018). Erkeklerin yaşam doyum ölçeği puan ortalamalarının yüksek olması, kadınların iş hayatı dışında ev içi rollerinin olması, gençlik ve güzellik değerlerinin kaybolması, dul kadın olma, tek olma, başkalarına muhtaç olma, toplumun kadına yüklediği cinsiyet rol model gibi sorunlarla tükenmişlik yaşamış olmalarına bağlı olabilir. Akoko ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların hipertansiyon tedavisine erkeklere göre daha uyumlu olduğu tespit edilmiş olmasına rağmen anlamlı farklılık bulunmamıştır (Akoko ve ark, 2017). Özdemir ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre ilaç tedavisine daha uyumlu oldukları, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur (Özdemir ve ark, 2016). Çalışma sonuçları yapılan çalışmayla benzer niteliktedir. Mert ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, erkek hastaların kadınlara göre ilaç tedavisine uyumları yüksek olmasına rağmen anlamlı farklılık bulunmamış, çalışma bulguları “kadın ve erkek hastaların tedaviye uyumları arasında anlamlı farklılık olmaması” açısından benzerlik göstermektedir (Mert ve ark, 2011). Ramli ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınlar erkeklere göre daha uyumlu bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Ramli ve ark, 2012). Ramlinin çalışma bulguları ile bu çalışmanın bulguları “kadınların tedavi uyum puanlarının erkeklere göre daha yüksek olması sonucu” bakımından benzerlik göstermektedir. Hastalığın kontrol altına alınmasını zorlaştıran etmenler arasında tedavi uyumsuzluğu önemli bir yere sahiptir. Çalışma bulgusu literatürle uyumludur.

Evli olan esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları yüksek tespit edilmiş olup ($21,54 \pm 8,04$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Erdem ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu adlı çalışmasında evli bireylerin yaşam doyumu bekâr bireylere göre yüksek bulunmuş olup, yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir (Erdem ve ark, 2004). Yıldırım ve Işık' ın çalışmasında sosyal destek ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu, sosyal destek arttıkça yaşam doyumunun da arttığı tespit edilmiştir (Yıldırım ve Işık, 2017). Bizim çalışmamızda da; bireylerin evliliğe ilişkin olumlu tutuma sahip olmaları ve eşler arasında sağlıklı bir iletişimin olması, bireylerin karşılaştıkları güç durumlarda birbirlerine destek olmaları, sosyal desteklerinin daha fazla olması yaşam doyumunu artırmış olabilir. Demografik özellikler ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir. İçyeroğlu' nun hipertansiyon hastaları ile yaptığı çalışmada, bekâr-dul olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları evli olanlara göre yüksek tespit edilmiş, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (İçyeroğlu, 2012). Hipertansiyonlu hastaların medeni durumlarına göre tedaviye uyum düzeyleri değerlendirildiğinde bekâr olan hastaların tedaviye uyum düzeyleri evli katılımcılara göre yüksek tespit edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. İlaça bağlılık/uyum öz-etkililik ve medeni durum arasında anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte (Mert ve ark, 2011; Karadağ ve ark, 2012; Mahmoud, 2012; Lee ve ark, 2013; Chudiak ve ark, 2017;) anlamlılık olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Gün, 2012, İçyeroğlu, 2012). Karadağ ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, dul ve bekâr olan bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puanı evli olan bireylere göre yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Karadağ ve ark, 2012). Mahmoud' un yaptığı çalışmada, evli bireylerin tedaviye daha uyumlu oldukları tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Mahmoud, 2012). Lee ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, evli bireylerin tedaviye uyumları bekâr bireylere göre yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Lee ve ark, 2013). Chudiak ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yapmış oldukları çalışmada, evli olan bireylerin tedaviye uyumu bekâr olan bireylere göre yüksek tespit edilmiş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Chudiak ve ark, 2017). Gün' ün çalışmasında evli olan hastaların total uyum skorları bekâr olan hastalara göre yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Gün, 2012). İçyeroğlu' nun benzer konuda yaptığı çalışmada bekâr/dul olan bireylerin evli olan bireylere göre

tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur (İçyeroğlu, 2012). Yapılan bazı çalışmalar bu çalışmalardan elde edilen bulguların aksine evli bireylerin tedaviye uyumlarının evli olmayan bireylerden daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Wang, 2005). Wang evli bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olmasını eşlerinden aldığı desteğe bağlamaktadır (Wang, 2005). Bekâr hastaların, tedaviye uyum düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olmasının nedeni, bu gruptaki hastaların evli bireyler gibi çocuk ya da eş sahibi olmanın vermiş olduğu sorumlulukları yerine getirme kaygısı yaşamamaları, yaşamdan daha fazla doyum alabilmek için kendilerine ve tedavilerine daha fazla zaman ayırabilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulguları, esansiyel hipertansiyonlu hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe, hastaların yaşam doyum düzeylerinin arttığına işaret etmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Yapılan benzer bir çalışmada eğitim durumu ile yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Erol ve ark, 2016). Çalışmanın bulguları, Erol ve arkadaşlarının bulguları ile paralellik göstermektedir. Erdem ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam doyum ölçeği puan ortalaması artmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Erdem ve ark, 2004). Erci ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe hipertansif bireylerin yaşam kalitesinden aldıkları puan artmış ve aradaki fark istatistiksel olarak oldukça önemli bulunmuştur (Erci ve ark, 2018). Erdem ve arkadaşlarının, Erci ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalar, eğitim durumu ile yaşam doyumu ölçeği puan ortalamalarının anlamlılık açısından benzerlik göstermemesi ile birlikte, eğitim seviyesinin yükselmesiyle bireylerin yaşam doyumunun artması bakımından yapılan çalışmayla benzer niteliktedir. Eğitim durumunun artması; bireye öz-güven kazandırması, daha iyi öz-bakım becerilerine sahip olması, sosyal ilişkilerin daha gelişmiş olması ve daha iyi yaşam koşullarını kazandırmasından dolayı bireyin ruhsal, fiziksel ve emosyonel durumunu etkileyerek yaşam doyumunu artırmış olabilir. Eğitim durumu yüksek olan bireylerin karşılaştıkları stres yaratan faktörlerle etkili baş etme yöntemlerini geliştirmiş olmaları karşılaşılabilecekleri ruhsal sıkıntıları en aza indirmelerinde fayda sağlayacağından dolayı yaşam doyumunu yüksek bulunmuş olabilir. Çalışmada eğitim seviyesi arttıkça bireylerin tedaviye uyum düzeyleri artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hema ve Padmalatha' nın çalışmasında, okur-yazar bireylerin tedaviye uyum puanı okuma-yazma bilmeyen bireylere göre yüksek

tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (Hema ve Padmalatha, 2014). Bakış' ın yaptığı çalışmada bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe tedaviye uyum düzeyleri artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Bakış, 2002). Benzer bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça uyum da artmaktadır (Khanam ve ark, 2014). Çalışma sonuçları, yapılan çalışmayla paralellik göstermektedir. Özbayram' ın yaptığı çalışmada, bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe tedaviye uyum puanı arttığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Özbayram, 2008). Eğitim seviyesinin artmasıyla kişinin hastalığı hakkında daha kolay bilgiye ulaşabileceği, tedavi sürecine ve bakımına etkin bir şekilde katılabileceği, sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabileceği, bireylerin; hastalık algısı, sağlık sorumluluğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları iyi yönde etkileneceği beklenmektedir. Bütün bunlar da bireylerin tedavi uyumunu artıran faktörlerdir.

Çalışmada sosyal güvencesi olan hastaların yaşam doyum ölçeği puan ortalaması ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması yüksek tespit edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal güvenlik kurumunun (2016) internet sayfası verilerine göre, sağlık hizmetlerinin mali yükü sosyal devlet anlayışıyla güvence altına alınmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin pahalılığı düşünüldüğünde çalışma kapsamına alınan hastaların bu kadar yüksek düzeyde sağlık güvencelerine sahip olmaları sevindirici bir durumdur. Sosyal güvence hastaların ilaçlarını temin etmede kolaylık sağlayarak bireylerin düzenli ilaç kullanımına katkıda bulunur.

Yerleşim yeri olarak ilde yaşayan hastaların yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İlde yaşayan bireylerin yaşam doyumunun ve tedaviye uyumunun yüksek olmasının nedeni ulaşım, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığından olabilir.

Çalışmada yaşam doyum ölçeği puan ortalaması memur olan bireylerde yüksek, çalışmayan bireylerde ise düşük bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Memurların eğitim düzeylerinin yüksek olması yaşam doyumunu etkilemiş olabilir. Çalışmayan bireylerin sosyal güvencesinin olmaması, sağlık hizmetlerinin pahalı olması ilaçları temin etmede yaşanan güçlükler, sağlık kontrollerinin yaptırılmaması gibi sorunlar buna sebep olmuş olabilir. Emekli hipertansif hastaların tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç

emekli hastaların ileri yaş grubunda olmasının muhtemel olduğundan, ileri yaş grubundaki hastaların tedaviye uyumu düşünüldüğünde 65-74 yaş grubundaki hastaların tedavi uyumunun yüksek olması sonucuyla uyumludur. Vatansever' in yaptığı çalışmada emekli hipertansif hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puanı yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Vatansever, 2011). Vatansever' in çalışmasında emekli hipertansif hastaların tedaviye uyumlarının anlamlılık açısından benzerlik göstermemesine rağmen tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları puanın yüksek olması bakımından yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Geniş aile yapısına sahip esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyum ölçeği puanı en yüksek, tek ebeveyn aile yapısına sahip bireylerde ise en düşük tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Geniş aile yapısına sahip bireylerin aile üyeleri ile olan sosyal ilişkileri, birbirleriyle olan paylaşımları yaşam doyumunu artırmış olabilir. Tek ebeveyn aile yapısına sahip bireylerde ise yalnızlık duygusu, sosyal desteklerin olmaması yaşam doyumunun düşük olmasına sebep olabilir. Polat ve Kahraman Bayrak' ın yaptıkları çalışmada eşi ya da eş ve çocuğu ile yaşayanların, yalnız, diğer ve çocuğu ile birlikte yaşayanlara göre sosyal destek ölçeği alt gruplarından aldıkları puanların ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Polat ve Kahraman Bayrak, 2013). Çalışma sonucu yapılan çalışmayı desteklemektedir. Tek ebeveyn aile yapısına sahip bireylerin tedaviye uyumları yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde aile desteği ile hipertansiyon yönetimi ve tedaviye uyumda pozitif anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışma bulunmaktadır (Özbayram, 2008). Özbayram' ın çalışması ve bu çalışma hipertansif hastaların ileri yaş grubunda çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Bu yüzden hipertansif hastaların sağlık sorunlarıyla yakından ilgilenen birilerinin olması kişiyi değerli kılmakta, moral motivasyonunu artırmakta, ilaçların alımının hatırlatılması, kan basıncı kontrol takibi, klinik kontrol takiplerinin yapılması açısından tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır.

Gelir durumu giderden fazla olan esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumunu yüksek tespit edilmiş olup ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Ayyıldız ve Ergüney' in hipertansif bireylerde yaptıkları çalışmada, gelir durumu 1000 tl ve altında olan bireylerin yaşam doyumunu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları düşük tespit edilmiş ve istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Çalışma sonucu yapılan çalışmayla paralellik göstermektedir. Bireylerin gelir durumunun yüksek

olması daha iyi yaşam koşullarına sahip olmasına, tedavi-bakım ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılayabilmesine, dolayısıyla kendine güveninin artmasına ve yaşama olumlu yönden bakmasına katkıda bulunabilir. Gelir durumu giderden az olan hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları düşük tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Karadağ ve arkadaşlarının çalışmasında, gelir durumu giderden az olan hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları düşük tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Karadağ ve ark, 2012). Çalışma sonucu yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Sigara kullanan esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu düşük tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Softa ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, bireylerin daha önce sigara içme durumu ile şu anda sigara içme durumu ile yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, puan ortalamaları orta düzeyde ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Softa ve ark, 2015). Bireyler karşılaştıkları zor durumlar karşısında etkisiz baş etme yöntemlerini kullanabilmektedirler. Bu da bireylerin yaşam doyumu ile ilişkilendirilebilir. Sigara ve alkol kullanan hastaların tedaviye uyumları düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Akgöl ve arkadaşlarının hipertansif bireylerde yaptıkları çalışmada, sigara içen bireylerin tedaviye uyum puanı düşük tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Akgöl ve ark, 2017). Çalışma sonucu yapılan çalışmayla benzer niteliktedir.

Ailede esansiyel hipertansiyon öyküsü olan hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç hipertansiyon yönetiminde aile üyelerinin birlikte hareket etmelerinden, sosyal destek ağlarını geliştirmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Ayyıldız ve Ergüney' in çalışmasında aile öyküsünde hipertansiyon varlığı yaşam doyumunu etkilememiştir (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Çalışma sonucu yapılan çalışmayla benzer niteliktedir. Çalışma bulguları ailede hipertansiyon öyküsünün varlığının tedaviye uyumu istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilemediğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ailede hipertansiyon öyküsüne sahip olmanın, hastaların hipertansiyon konusundaki bilgilerinin artmasını sağladığı ve tedaviye uyum düzeyini artırdığı ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tümer ve ark, 2016). İçyeroğlu' nun yaptığı çalışmada da ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayan hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları puan yüksek

tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (İçyeroğlu, 2012). Çalışmanın bulguları, diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların hastalık süresine göre yaşam doyumu ölçeği puanını incelediğimizde 6-11 aydır hipertansiyonu olan hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiştir ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayyıldız ve Ergüney' in çalışmasında, 6-10 yıldır hipertansiyon tanısı alan hastaların yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Yapılan çalışmalar istatistiksel açıdan benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmada 11-15 yıl süredir esansiyel hipertansiyonu olan hastaların tedaviye uyum puanı yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç uzun süre hipertansiyon tedavisi gören bireylerin hastalığı kabullenmesi ve hastalık hakkında farkındalığının artması ile açıklanabilir.

Çalışma bulgularına göre kan basıncını hiç ölçtürmeyen esansiyel hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu düşük tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan çalışmaya göre, hergün kan basıncını ölçtüren hastaların tedaviye uyum düzeyi en yüksek, hiç kan basıncını ölçtürmeyen hastaların tedaviye uyumu ise en düşük tespit edilmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada kan basıncı değerlerini düzenli olarak kontrol ettiren hastaların tedaviye uyum düzeyleri yüksek tespit edilmiştir, çalışma sonucu yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir (Gün, 2012). Mollaoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kan basıncı kontrolü yaptırmayan hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları puan yüksek tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark, 2015). Mollaoğlu ve arkadaşları kan basıncı kontrolü yaptırmayan hastaların tedaviye uyumlarının yüksek olmasını, ele aldıkları örneklem grubunun az kişiden oluşmasıyla ifade etmiştir (Mollaoğlu ve ark, 2015).

Çalışma sonuçlarına göre yılda bir kez hipertansiyon için kontrole giden hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlık kontrollerine giden bireylerin yaşam doyumlarının yüksek olmasının nedeni sağlık profesyonellerinden yardım alarak sağlığının kontrol altında olduğunu hissetmeleriyle açıklanabilir. Yapılan çalışmada yılda bir kez hipertansiyon için kontrole giden hastaların tedaviye uyumu yüksek, hiç kontrole gitmeyen hastaların tedaviye uyumu düşük tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur.

Yapılan analiz sonucunda hipertansiyon kontrollerini yaptırmanın ilaç tedavisine uyumu kolaylaştırdığı bulunmuştur. Bu çalışma, kontrollerini düzenli olarak sürdürmenin hastalara tedaviyi planlama sürecine etkin şekilde katılma fırsatını sunduğunu göstermektedir. Akoko ve arkadaşlarının çalışmasında, düzenli klinik kontrole giden hastaların tedaviye daha uyumlu oldukları saptanmış ve aradaki farkın istatistiksel açıdan oldukça anlamlı olduğu bulunmuştur (Akoko ve ark, 2017). Çalışma sonucu yapılan çalışmayı desteklemektedir.

Çalışma bulgularına göre hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedeni olarak ilaçlarımı kullanıyorum şeklinde ifade eden hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Düzenli ilaç kullanan hastaların kendilerini güvende hissetmelerinden doğan iç huzur yaşam doyumunu etkilemiş olabilir. Çalışmaya göre hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedeni olarak ilaçlarımı kullanıyorum şeklinde ifade eden hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması yüksek tespit edilmiş olup oldukça anlamlı bulunmuştur. Tıbbi tedavinin başarılı olabilmesi için ilaçların düzenli bir şekilde kullanılması kan basıncını kontrol altına almada önemli bir konuma sahiptir (Altuntaş ve ark, 2015). Yapılan bir çalışmada ilaçların gerekliliğine inananların ilaç uyum düzeyleri yüksek iken, ilaçların aşırı kullanımına inananların ilaç uyum düzeyleri düşük tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Yılmaz ve Yavuz Çolak, 2018). Çalışma sonucu yapılan çalışmayı desteklemektedir.

Çalışma bulgularına göre iki tane antihipertansif ilaç kullanan hastaların yaşam doyumundan aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu ve ikiden fazla ilaç kullanan esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye daha uyumlu oldukları tespit edilmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Hassan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hipertansiyon ilacı sayısının tedaviye uyumu belirgin bir şekilde etkilemediği ortaya konmuştur (Hassan ve ark, 2006). Çalışma bulguları yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bunun yanında yalnız bir ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek ya da tam tersi biçimde birden fazla ilaç kullananların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Girma ve ark, 2014; Mollaoğlu ve ark, 2015). Girma ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada iki ve üç antihipertansif ilaç kullanan hastaların tedaviye uyumu tek ilaç kullanan hastalara göre yüksek tespit edilmiştir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Girma ve ark, 2014). Girma ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, iki ve üzeri antihipertansif ilaç

kullanımının bireyde uygun kan basıncını sağlamak için ilaç yüküne gereken gereksinimden dolayı tedaviye uyumu artırdığı ifade edilmiştir (Girma ve ark, 2014). Yapılan başka bir çalışmada ise tek antihipertansif ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeyleri kombine ilaç kullanan hastalara göre yüksek tespit edilmiş, istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark, 2015). Çalışma sonucu günde ikiden fazla ilaç kullanan hastaların tedaviye daha uyumlu olmaları bakımından benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya göre 11-15 yıldır antihipertansif ilaç kullanan hastaların yaşam doyum ölçeği puan ortalaması yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. İçyeroğlu' nun çalışmasında, hastaların ilaç kullanma süresine göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (İçyeroğlu, 2012). Çalışma sonucu yapılan çalışmayla genel olarak benzer niteliktedir. Çalışma bulgularına göre 16 yıl ve üzeri antihipertansif ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeyi yüksek ve istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların antihipertansif ilaç kullanım süresi arttıkça tedaviye uyumu artmış ve bu değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Lee ve ark, 2013). Çalışma sonucu yapılan çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Şahin ve Biçer' in çalışmasında, hastaların %52,3' ü antihipertansif ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade etmişlerdir (Şahin ve Biçer, 2015). Hipertansif hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak, bireylerde ilaç kullanımını alışkanlık haline getirmek tedaviye uyumu artırmada ve kan basıncını kontrol altına almada oldukça önemlidir (Rao, 2005).

Çalışma sonucuna göre antihipertansif ilaç değişikliği yapılmayan hastaların yaşam doyumunu yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Uygun antihipertansif ilaç kullanımı daha etkin bir kan basıncı kontrolü sağlamış ve bu da hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini, yaşamdan aldıkları doyumun artmasını sağlamış olabilir. Çalışmaya göre antihipertansif ilaç değişikliği yapılan hastaların tedaviye uyum düzeyi yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tedavi sürecinde hipertansiyonun kontrol altına alınamaması, ilacın yan etki yapması gibi nedenlerle antihipertansif ilaç değişikliği yapılması, yeni başlanılan ilacın tansiyon kontrolü ve yan etkisiz tedavi açısından daha etkin olması gibi nedenlerle tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemiş olabilir. Yapılan bir çalışmada hipertansif hastaların polikliniğe ilk başvurularında, hastaların %32,6' sının tedavisinde değişiklik yapılmazken, %31,2' sinin

ilaç tedavisine ek bir ilaç eklenmiş ve ilaç tedavisindeki değişikliğin sebebinin yetersiz kan basıncı kontrolü olduğu görülmüştür (Kalan, 2007).

Çalışma bulgularına göre antihipertansif ilaç kullanmayan hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hipertansiyonun kronik bir hastalık olması, hastaların ilaçlara bağlı yaşamını idame ettirmek zorunda olmaları, hastaların ilaç kullanmak istememeleri yaşam doyumunu düşürebilir, bireyler kendilerini daha fazla hasta hissedebilir, bireylerin yaşamdan zevk almamalarına sebep olabilir. Çalışmaya göre antihipertansif ilacını düzenli kullanan hastaların tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Akgöl ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da düzenli ilaç kullanan hastalar tedaviye uyumlu bulunmuş çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Akgöl ve ark, 2017). Karadağ ve arkadaşlarının çalışmasında, düzenli ilaç kullanımı tedaviye uyumu artırmış ve istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (Karadağ ve ark, 2012). Çalışma sonucu yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alan hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlığın korunmasına yönelik planlanan eğitim faaliyetleri hastaların bilinmeyene yönelik farkındalık kazandırılması, anksiyete düzeyinin indirgenmesi ve kendilerini güvende hissetmelerinin sağlanması yaşam doyumunu artırabilir. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar, hipertansiyon eğitimi almayanlara göre daha yüksek ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (İçyeroğlu, 2012). Küçükberber ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastalığı hakkında eğitim alan hastaların yaşam kalitesinden aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Küçükberber ve ark, 2011). Çalışma sonucuna göre hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alan hastaların tedaviye uyum düzeyleri yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, kronik hastalık olarak hipertansiyonu olan bireylerin tedaviye daha uyumlu oldukları bulunmuştur. Bu çalışma sonucuna göre hastaların %51,3' ünün ilaçları hakkında bilgi sahibi oldukları ve bu hastaların %43,6' sının ilaçlarını kendileri kullandıkları tespit edilmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Yavuz Çolak, 2018). Hymen ve Pavlik tarafından yapılan çalışmada hastalık hakkında bilinçsiz olan bireylerin

kan basıncını daha az ölçtükleri, hekim kontrollerine daha az gittikleri ve ilaçlarını düzenli kullanmadıkları tedaviye uyumlarının düşük olduğu görülmüştür (Hymen ve Pavlik, 2001). Çalışma Hedegaard ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim almanın ilaç tedavisine uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Hedegaard ve ark, 2015). Şahin ve Biçer' in yapmış olduğu çalışmada hastalara verilen eğitim girişimlerinin hipertansif bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilaç tedavisine uyumu artırdığı ve kan basıncında önemli düşüş sağladığı ifade edilmektedir (Şahin ve Biçer, 2015). Çalışma sonuçları yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre kan basıncını kontrol altına almak için ilaç dışı yöntem kullanan bireylerin yaşam doyumu ve tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İlaç dışı yöntem kullanımında, kullanılan ilaç dışı yöntemin hekim kontrolünde olmasının önemi anlatılmalıdır. Kullanılan tamamlayıcı yöntemler, ilaç etkileşimlerine sebep olabilmekte ve buna bağlı oluşan yan etkiler organ fonksiyonlarının işleyişine zarar vermekte ve hastalık tablosunun daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (Güven ve ark, 2013). Uyguladığı ilaç dışı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığına inanan hastaların yaşam doyumu ve tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Kan basıncını kontrol altına almak için kullanılan ilaç dışı yöntemler, hastalarda kan basıncını düzenlediği düşüncesinden kaynaklanan bir iç huzur sağlamakta, bu da yaşam doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca kullanılan yöntemlerin ucuz olması, kolay elde edilebilir olması tedaviye uyumu artırmış olabilir.

Diyet uygulamayan hastaların yaşam doyumu, diyet uygulayan hastaların tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş ancak her ikisinde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Acehan' ın çalışmasına göre hastaların %49,5' i tuz kısıtlı diyet uygulamıştır, bu da kan basıncı kontrolü için çoklu antihipertansif ilaç ihtiyacı ile ilişkilendirilmiştir (Acehan, 2006). Ayreler ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hipertansif olan 66 kişinin 53' üne hipertansiyon diyeti eğitimi verilmiş bu 53 kişinin 16' sı (%29,6) diyet önerisine uymuştur (Ayraller ve ark, 2012). Çalışma sonuçları yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Egzersiz yapan hastaların yaşam doyumu yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Egzersiz yapan esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş ve istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bulunmuştur.

Novello ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların %27.9' u sedanter yaşam tarzı olmakla birlikte fiziksel egzersiz yapan hastaların %14.5' i düzensiz, %50.7' si aktif, %6.9 çok aktif egzersiz yapmaktadır (Novello ve ark, 2017). Çalışma bulgusu, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Cinsel yaşamında değişiklik olmayan hastaların yaşam doyumu ve tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Hipertansif hastaların çoğu fazla kilolu ya da obezdir. Assimakopoulos ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada obez kadınların cinsel istek, uyarılma ve orgazm memnuniyetsizliği gibi sorunlar yaşayarak cinsel ilişkiden kaçındıklarını ifade edilmiştir (Assimakopoulos ve ark, 2006). Çalışma kapsamındaki bireylerin fazla kilolu oldukları düşünüldüğünde bu durum bireylerin cinsel yaşantısını ve yaşam doyumunu etkilemiş olabilir. Hipertansiyonun kronik bir hastalık olması ve kullanılan antihipertansif ilaçlar cinsel organlarının yapısını ve işlevlerini olumsuz etkilemektedir (Kütmeç ve Yurtsever, 2011).

Hastaların yaşam doyumu ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik durumu arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmış olup ($r=0,154$, $p=0,000$), hastaların tedaviye uyumu arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı görülmüştür. Erci ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,311$; $p<0,001$). Tedaviye uyum arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır (Erci ve ark, 2018). Atan ve Karabulut Yılmaz' ın çalışmasında az ve sık aralıklarla yemek yiyen, ağır ve aşırı yağlı yiyeceklerden kaçınan, tuzsuz yemek yiyen, fiziksel egzersiz yapan, düzenli olarak sebze ve meyve tüketen, sigara içmeyen, düzenli kahve içen hastaların tedaviye uyumlarının ve fiziksel ve mental alanlarda yaşam kalitelerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Atan ve Karabulutlu Yılmaz, 2016). Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarını kazanması tedaviye uyum düzeylerini artırmış ve dolayısıyla tedaviye uyum yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.

Polat ve Kahraman Bayrak' ın yaşlı bireylerde yaptıkları çalışmada sosyal destek ölçeği özel insan alt grubu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği stresle başetme alt grubunun puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Güçlü sosyal ilişkiler bireylerin karşılaştıkları zor durumlar karşısında başetmelerini kolaylaştırmakta, sosyal desteğin sağlığı koruyucu davranışlar üzerinde pozitif yönde

etkilerinin olduğunu göstermektedir (Polat ve Kahraman Bayrak, 2013). Çalışma sonuçları yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kilo, total kolesterol, LDL' nin sistolik ve diyastolik kan basıncını etkilediği saptanmıştır. Hiperkolesterolemi endotel tabakasına kandaki lökositlerin bağlamasına neden olur. Okside düşük dansiteli lipoprotein (oxLDL) endotel aktivasyonuna ve Nitrik Oksit' in hücre içi konsantrasyonunu azaltarak biyolojik karakterinin değişmesine sebep olur. Bu endotelial değişiklikler damar duvarında inflamasyona yol açarak aterosklerotik lezyonları oluşturur. Hipertansiyon ve hiperkolesterolemi kan damarına diğerinin verdiği zararın oluşumunu artırarak ortaya çıkmasını kolaylaştırır (Tanrıverdi ve Savaş Tetik, 2017). Obezitede hiperinsülinemi ve insülin direnci hipertansiyonun oluşmasına neden olmaktadır. İnsülin direnci ve beraberindeki hiperinsülinemini; artmış renal sodyum reabsorbsiyonu, artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi, Calsiyum adenoazin trifosfataz aktivitesi azalması, Na/K adenoazin trifosfataz aktivitesi azalması Na/H pompa aktivitesinin artması, artmış RAS aktivitesi, Büyüme faktörlerinin stimülasyonu gibi mekanizmalarla kan basıncının yükselmesine sebep olur (Hatemi, 2006). Hipertansiyonun yönetiminde kilo, total kolesterol, LDL değiştirilebilir risk faktörlerindendir ve kan basıncının kontrol altına alınmasını doğrudan etkiler (Akdemir ve Birol, 2011; Badır, 2011).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar;

Çalışmaya katılan hastaların %31' i 65-74 yaş grubunda, %51,6' sı kadın, %76,1' i evli, %56,7' si ilköğretim mezunu, %88,2' sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %42,5' i ilçede yaşamakta, %38,5' i emekli, %81' i çekirdek aile yapısına sahip, %53,2' sinin geliri giderine denk, %11,8' i sigara içmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların var olan kronik hastalıkları incelenmiştir. Hastaların %44,7' sinde Koroner Kalp Hastalığı (KKH), %56,6' sının ailesinde esansiyel hipertansiyon hastalığı, %34,1' inin 6-10 yıldır esansiyel hipertansiyon hastası olduğu saptanmıştır. Esansiyel hipertansiyon hastalarının %24,9' u rahatsız olduğu zaman kan basıncını ölçtürmekte, %31,5' i üç ayda bir klinik kontrole gitmekte, %11,8' i rahatsız olmadığı için klinik kontrole gitmemekte, %74,9' u hipertansiyon için bir tane ilaç kullanmakta, %41' i 1-5 yıldır antihipertansif ilaç kullanmaktadır. Hastaların ilacını tanıma durumu incelendiğinde; %52,2' si ilacı kutusundan tanıdığını ifade etmekte, %55' inin ilaç tedavisinde değişiklik yapılmış olup, %29,4' ü bu değişikliğin sebebini “tansiyonumu düşürmedi” şeklinde ifade etmektedir. Hastaların %89,4' ü hergün düzenli olarak ilaçlarını kullanmakta, %72,5' i hipertansiyon eğitimi almış, %57,2' si kan basıncını kontrol altına almak için ilaç dışı yöntem kullanmakta, %50,6' sı kullandığı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığına inanmakta, %66,9' u bir diyet uygulamaktadır. Hastaların %67,6' sı egzersiz yapmamakta, %70,3' ü hayatının belli dönemlerinde stres yaşamakta ancak %72,4' ü stresini kontrol altına almak için baş etme yöntemi kullanmamakta, %78,3' ü hastalığa ve ilaçlara bağlı cinsel yaşamında değişiklik olmadığını ifade etmektedir. Esansiyel hipertansiyon hastalarının %37,6' sında kan basıncı yükseldiğinde diğer (sersemlik, uyku hali, ateş, ağız kuruluğu, heyecan, gözde kıvılcımlanma, kalp ağrısı, terleme, baygınlık hissi, pollaküri, sinirlilik hali, ayaklarda şişme, vücudumda basınç hissi) belirti ve bulgular oluşmaktadır.

Esansiyel hipertansiyon hastalarının ortalama sistolik kan basıncı $124,55 \pm 19,53$ mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı $73,53 \pm 11,37$ mmHg bulunmuştur.

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 20,87; ilaca bağıllık/uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 64,57 olarak bulunmuştur.

Sosyodemografik özelliklere göre yaşam doyumu puan dağılımı değerlendirildiğinde; yaş, medeni durum, sosyal güvence, yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu değişkenlerinin yaşam doyumunu etkilediği ve arada anlamlı bir farklılık bulunduğu ($p<0,05$), cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, zararlı alışkanlık değişkenlerinin de yaşam doyumunu etkilemediği, puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Sosyodemografik özellikler ile ilaç tedavisine bağıllık/uyum öz-etkililik ölçeği puan dağılımı değerlendirildiğinde yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence, yaşadığı yer, meslek, zararlı alışkanlık durumunun tedaviye uyumu etkilediği ($p<0,05$), cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir durumu değişkenlerinin de tedaviye uyumu etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre yaşam doyum ölçeği puan dağılımı incelendiğinde hipertansiyon eğitimi alma durumu, stres yaratan faktör bulunma durumu, stresle başetme yöntemi kullanma durumunun yaşam doyumunu etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre ilaç tedavisine bağıllık/uyum öz-etkililik ölçeği puan dağılımı değerlendirildiğinde hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedeni, antihipertansif ilaç kullanma süresi, ilacı alma durumu, hipertansiyon eğitimi alma durumu, egzersiz yapma durumunun tedaviye uyumu etkilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon hakkında eğitim alan hastaların yaşam doyumu ve tedaviye uyumu yüksek tespit edilmiştir. Hasta eğitimi tedaviye uyumda ve yaşam doyumunun artırılmasında önemlidir. Hasta eğitimi hemşirenin sorumluluğudur. Bu konuda klinik hemşirelerinin bilgilendirilmesi,
- Hastaların önemli bir kesiminin diyet uygulamadıkları tespit edilmiştir. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların diyetle uyumunu sağlamak için diyetisyen, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği içerisinde bir diyet programının hazırlanması,

- Tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini sağlamak yaşam doyumunu artırmak için aile üyelerinin bilgilendirilmesi, bireyin kronik hastalıkla baş edebilmesi için aile üyelerinin bireye destek olmalarının ve bireyin tedaviye uyumunda hasta ve ailesinin işbirliği içerisinde olmasının sağlanması,
- Hastalara tekrarlı eğitimlerle kan basıncı ölçüm becerisi ve düzenli takip sorumluluğunun kazandırılması,
- Bireylerin yaşam doyumunun geliştirilmesine yönelik kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kilo kontrolü gibi sağlığı geliştiren davranışların kazandırılmasına yönelik girişimlerin planlanması,
- Yapılan çalışma sonucunda hastaların stresle etkili baş etme yöntemlerini bilmedikleri saptanmıştır. Bireylerin günlük yaşadıkları stres düzeyinin en aza indirgenmesi ve stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Obezite ve yüksek kan basıncı arasındaki paralellik yapılan çalışmada da göze çarpmaktadır. Bunun için fazla kiloların verilmesine yönelik bireylere uygun egzersiz ve beslenme programının düzenlenmesi,
- Hastaların büyük çoğunluğunun kan basıncını kontrol altına almak için ilaç dışı yöntem kullandıkları ve kullandıkları yöntemin yararına inandıkları belirlenmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde hastaların hangi yöntemleri kullandıklarına yönelik çalışmaların yapılması, bu çalışmalar doğrultusunda ortaya çıkan bulgulara yönelik bu yöntemlerin faydaları, zararları ve kullandıkları yöntem hakkında mutlaka sağlık profesyonellerine bilgi verilmesine yönelik hasta ve ailelerine eğitim verilmesi,
- Hemşire araştırmacılarının yaptığı çalışmaların sahaya uyarlanması, sorunların tespit edilmesi, gerekli girişimlerin planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acehan O.** Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Uzmanlık Tezi, Adana 2006.
- Agyemang C, Beune E, Meeks K, Addo J, Aikins AD, Bahendeka S, et al.** Innovative Ways of Studying the Effect of Migration on Obesity and Diabetes beyond the Common Designs: Lessons from the RODAM Study. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2017, 1391, 54-70.
- Akdemir N, Birol L.** Hipertansiyon, In: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3. Baskı, Sistem Ofset Yayınevi, Ankara, 2011.
- Akgöl J, Eser E, Ölmez E.** Factors Predicting Treatment Compliance Among Hypertensive Patients in an Urban Area. *Medicine Science* 2017, 6(3), 447-56.
- Akoko B.M, Nde Fon P, Cheofor Ngu R, Blackett Ngu K.** Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patientsin the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study. *Cardiology Therapy* 2017, 6, 53-67.
- Akpınar R, Tezel A.** Kan Basıncını Düşürmek İçin Kullanılan Doğal Yöntemler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003, 6(2), 34-39.
- Alsolami F, Velez I, Hou X.** Factors Affecting Antihypertensive Medications Adherence Among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2015, 5(4), 181-189.
- Altay B, Aydın Avcı İ.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi* 2009, 36, 275-282.
- Altuntaş O, Akı E, Huri M.** Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2015, 3(2), 79-86.
- Anadol Z, Dişçigil G.** Hipertansif Hastalarda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Cardiovascular Sciences* 2009, 21(2), 184-90.
- Aparcı M, Kardeşoğlu M, Yiğiner N, Özmen N, Cingözbay B, Cebeci B.** Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Bölgelerde Bulunan İki Sağlık Ocağında Takip Edilen Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum Süreci ve Değişik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008, 7(4), 140-152.

- Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş.** Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği* 2003.
- Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y.** Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği* 2015, 43(4), 402-409.
- Arıcı M, Turgan Ç, Altun B, Sindel Ş, Erbay B, Derici U, Karatan O, Erdem Y, Hasanoglu E, Caglar S.** Hypertension Incidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study. *Journal of Hypertension* 2010, 8(2), 240-244.
- Armağan F, Keskin S, Bölük A.** Dahiliye Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi, 2013, 1-87.
- Arshad M, Mohsin M. N, Mahmood K.** Marital Adjustment and Life Satisfaction Among Early and Late Marriages. *Journal of Education and Practice* 2014, 5(17), 83-90.
- Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, Kalfarentzos F.** Assessing Sexual Function in Obese Women Preparing for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 2006, 16, 1087-1091.
- Aşlar Hacıhasanoğlu R.** Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Özbakım Yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2015, 6(11), 151-159.
- Atan G, Karabulutlu Yılmaz E.** Esansiyel Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2016, 8(1), 17-25.
- Atan G, Yılmaz E.** Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2015, 49(3), 200-6.
- Awad E, Gwaied B, Fouda L, Essa H.** Compliance of Hypertensive Patients with Treatment Regimen and Its Effect on Their Quality of Life. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)* 2015, 2(1), 26-36.
- Aydemir Ö, Özdemir C, Köroğlu E.** The Impact of Comorbid Conditions on the SF-36: Primary-care-based Study Among Hypertensives. *Archives of Medical Research* 2005, 36, 136-141.

Aydın Z, Öztürk S. Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Haseki Tıp Bülteni* 2014, 251-255.

Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012, 4(2), 1-5.

Aygen B. Effects of Alcohol Consumption on Hypertension. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 2015, 22, 134-7.

Ayhan F. Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2014, 6.

Aypak C, Önder Ö, Dicle M, Yıkılkan H, Tekin H, Görpelioğlu S. Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Kontrol Düzeylerinin ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013, 38(2), 224-232.

Ayraller A, Akan H, Kaspar E.Ç, Saper S.H, Çağlar İ.M, Tureli H.O, Karakaya O. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Kardiyak Risk Faktörleri ile İlgili Önerilere Uyumları. *Journal of Academic Research in Medicine* 2012, 2, 59-63.

Ayyıldız N.İ, Ergüney S. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017, 33(3), 21-31.

Babalık E. Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim* 2005, 18 (2), 25-32.

Badır A. Hipertansiyon, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ayfer Karadakovan, Fatma Etiaslan, Adana, 2011, 585-605.

Baker J.B. The Selectivity of β -adrenoceptor Antagonists at the Humon β_1 , β_2 and β_3 Adrenoceptors. *British Journal of Pharmacology* 2005, 144, 317-322.

Bakış E. Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Öz Bakım Gücünün Yaşam Doyumlarına Etkilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2002, 40.

Bangurah S.S, Vardaman S.A, Cleveland K.K. Hypertension in the Faith Community A Four-Week, Nurse Led, Diet/Exercise Intervention. *Journal of Clinical Nursing* 2017, 34(4), 225-231.

Biçen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Dilek M, Akpolat T. Hipertansiyon Hastalarında Bitkisel Ürün Kullanımı. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi* 2012, 29, 109-112.

Birdane A. (1 Ekim 2014), HT Bülteni, 1, 1-27.

Bryant F. B. Marquez J. Educational Status and The Structure of Subjective Well-being in Men and Women. *Social Psychology Quarterly* 1986, 49(2), 142-153.

Campbell, A. (1981). The Sense of Well-being in America: Recent Patterns and Trends. New York: Mcgraw-Hill.

Campbell, A. Subjective Measures of Well-being. *American Psychologist* 1976, 31(2), 117-124.

Canpolat U, Atalar E. Kalp Hızı ve Kan Basıncı: Hipertansiyon Tedavisine Farklı Pencereden Bakış. *Türk Girişimsel Kardiyoloji Derneği* 2014, 18(3), 86-94.

Chen C. Aging and Life Satisfaction. *Social Indicators Research* 2001, 54: 57-79.

Chudiak A, Jankowska-Polanska, Uchmanowicz I. Effect of Frailty Syndrome on Treatment Compliance in Older Hypertensive Patients. *Clinical Interventions in Aging* 2017, 12, 805-814.

Cuspidi C, Michev I, Lonati L, Vaccarella A, Cristofariw M, Garavelli G, Palumbo G, Meani S, Leonetti G, Magrini F, Zanchetti A. Compliance to Hypertension Guidelines in Clinical Practice: A Multicentre Pilot Study in Italy. *Journal of Human Hypertension* 2002, 16, 699-703.

Çakan F. Yaşlılarda Hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2017, 45(5), 29-31.

Çelik B. Hipertansiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon 2008, 9.

Çelik C, Özdemir B. Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry* 2010, 2(1), 52-65.

Çivitçi, A. Relationship Between İrrational Beliefs and Life Satisfaction in Early Adolescents. *Eurasian Journal of Educational Research* 2009, 37, 91-109.

Çoban F. Hipertansiyonlu Hastalarda Diş Hekimi Yaklaşımı. Bitirme Tezi, İzmir 2010, 21.

Çöl M, Özdemir O, Ocaktan M.E. Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2006, 59, 144-150.

- Dağlı A, Baysal N.** Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2016, 15(59), 1250-1263.
- Dalbeler A.** Hipertansiyon Hastalarında CRP Düzeyleri İle QT Dispersiyonu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005, 12.
- Dickson V.V, Lee C, Yehle K.S, Abel W.M, Riegel B.** Psychometric Testing of the Self-Care of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017, 32(5), 431-438.
- Diener E, Emmons R.A, Larsen R.J, Griffin S.** The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 1985, 49(1), 71-75.
- Diener, E.** Subjective Well-being. *Psychological Bulletin* 1984, 95, 542-575.
- Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B.** Türkiye' de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012, 10(2), 93-115.
- Dönmez İ, Memioğlu T, Erdem F.** Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. *European Journal of Health Sciences* 2015, 1(1), 49-53.
- Efe D, Akça N, Kiper S, Aydın G, Gümüş K.** Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler. *Spatula DD.* 2012, 2(4), 207-212.
- Erci B, Elibol M, Aktürk Ü.** Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018, 26(2), 79-92.
- Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M.** Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004, 1-14.
- Erdine S, Ecder T, Ayla Ş, Solakoğlu D, Dülger H.** Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği Çalışma Grubu Tedavi Stratejileri: Yaşam Tarzı Değişiklikleri. Arteriyel Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu. İtalya, 2007, 40-42.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N.** Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, İstanbul, 2014, 186-191.
- Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt A.İ, Bostancı M, Atak B.M, Kısaoğlu S, Parasız S, Kaygısız H, Çınarlık A, Karasu E.** Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doyumu ve Öz-bakım Gücü Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2011, 4(3), 144-151.

- Erol S, Sezer A, Şişman F.N, Öztürk S.** Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 5(3), 60-69.
- Girma F, Emishaw S, Alemseged F and Mekonnen A.** Compliance with Anti-Hypertensive Treatment and Associated Factors Among Hypertensive Patients on Follow-Up in Jimma University Specialized Hospital, Jimma, South West Ethiopia: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Journal of Hypertension* 2014, 3(5), 1-6.
- Göçgeldi E. Babayiğit M. Hassoy H. Açikel C. Taşçı İ. Ceylan S.** Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008, 50, 172-179.
- Göğen S, Özdemir Y.** Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Hipertansif Hastaların Takibi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005, 4(1), 8–15.
- Gözüm S, Hacıhasanoğlu R.** Reliability and Validity of the Turkish Adaptation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive Patients. *European Journal Cardiovascular Nursing* 2005, 8, 129-136.
- Gupta P, Patel P, Strauch B, Lai F.Y, Akbarov A, Maresova V, White C.M.J, Petrak O, Gulsin G.S, Patel V, Rosa J, Cole R, Zelinka T, Holaj R, Kinnell A, Smith P.R, Thompson J.R, Squire I, Widimsky Jr J, Samani N.J, Williams B, Tomaszewski M.** Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension* 2017, 69, 1113-1120.
- Guyton AC, Hall JE,** 2013. Esansiyel hipertansiyon. In: Medical Physiology. Edi: Çavuşoğlu H, Yeğen B, Aydın Z, Alican İ. 12. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti, p. 223-226.
- Gün Y, Korkmaz M.** Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumunu ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014, 7(2), 98-108.
- Gün Y.** Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta 2012, 80.
- Güven Ş.D, Muz G, Ertürk N.E, Özcan A.** Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2(3), 160-166.

- Güven Ş.D.** Hipertansiyonlu Bireylere Uygulanan Ayak Refleksolojinin Kan Basıncı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2011, 9.
- Güzelbulut F.** Hipertansiyon Hastalarında Ortalama Platelet Hacmi ve Antihipertansif Tedavinin Etkisinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006, 11.
- Hacıhasanoğlu R.** Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009, 8(2), 167-172.
- Hassan N.B, Hasanah C.I, Foong K, Naing L, Awang R, Ismail S.B, Ishak A, Yaacob L.H, Harmy M.Y, Daud A.H, Shaharom M.H, Conroy R and Rahman ARA.** Identification of Psychosocial Factors of Noncompliance in Hypertensive Patients. *Journal of Human Hypertension* 2006, 20, 23–29.
- Hatemi H.** Obezite ve Hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2006, 2(20), 1-3.
- Hedegaard U, Kjeldsen L.J, MS, Pottegard A, Henriksen J.E, Lambrechtsen J, Hangaard J, MD, Hallas J.** Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. *The American Journal of Medicine* 2015, 128, 1351-1361.
- Hema K, Padmalatha P.** Adherence to Medication Among Hypertensive Patients Attending a Tertiary Care Hospital in Guntur, Andhra Pradesh. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research* 2014, 4(1), 451- 456.
- Hollenberg N.K,** Hipertansiyon, Essential Atlas of Heart Diseases (Üçüncü Baskı), Kozan Ömer, Öncü Basımevi, Ankara, 2009, 239.
- Houston M.** Hipertansiyon El Kitabı (Birinci Baskı), Altun, Yetkin ve Sivri, Nobel Kitapevi, Akademisyen Kitapevi, 2013, 403.
- Huang C, Chang C, Hsu B, Lee C, Wang J.** Association of Hyperleptinemia with Peripheral Arterial Disease in Hypertensive Patients. *Tzu Chi Medical Journal* 2017, 29(3), 148-153.
- Hymen DJ, Pavlik VN.** Characteristics of Patients with Uncontrolled Hypertension in The United States. *The New England Journal of Medicine* 2001, 345, 479-86.

- İlgaz A, Özer Z.** Hipertansiyonlu Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi: Sistemik Derleme. *MN Kardiyoloji* 2017, 24(1), 31-41.
- Irmak Z, Düzöz G, Bozyer İ.** Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 39-47.
- İçyeroğlu G.** Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ 2012, 5.
- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison C, Handler J, et al.** Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014, 311(5), 507-520.
- Jones DW, King DS, Wofford MR.** Hypertension Pearls, Müjdat Yenicesu, Öncü Basımevi, Ankara, 2006, 179.
- Jones DW.** The National High Blood Pressure Education Program Thirty Years and Counting. Ed. Hall JE. *Hypertension* 2002, 39, 941-942.
- Jones L.M, Rosemberg M.A, Wright K.** Opportunities for the Advanced Practice Nurse to Enhance Hypertension Knowledge and Self-Management Among African American Women. *Clinical Nurse Specialist* 2017, 31(6), 311-318.
- Jufar A.H, Nuguse F.G, Misgna H.G.** Assessment of Health Related Quality of Life and Associated Factors among Hypertensive Patients on Treatment at Public Hospitals in Mekelle, North Ethiopia. *Journal of Hypertension: Open Access* 2017, 6(1).
- Kalan M.K.** Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif İlaç Değişimleri, Bu Değişimlerin Nedenleri ve İlaç Değişimleri İle Hedef Tedavi Değerlerine Ulaşma Oranlarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2007, 76.
- Kalyon S, Uzun H, Helvacı A, Yenice N.** Hipertansiyonun Hiperürisemi İle İlişkisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2011, 27(3), 138-143.
- Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M.** Hipertansiyon Hastalarında İlaç Bilgisinin Kan Basıncını Düşürmek İçin Uygulanan Yöntemlere Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009, 8(3), 231-238.

- Karadağ E, Akkuş Y, Karatay G.** Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012, 28 (3), 85-96.
- Karakoç E.V, Ömer Z, Can H.** Birinci Basamakta Hipertansiyona Yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012, 62-67.
- Karakurt P, Kara M.** Hipertansiyon ve Evde Bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10(1), 97-104.
- Karaman O.** Bölgemizde Hipertansiyon Kontrol Oranları ve Buna Etki Eden Bazı Demografik Özellikler, Uzmanlık Tezi, Konya 2011, 24.
- Katalambula L.K, Meyer D.N, Ngoma T, Buza J, Mpolya E, Mtumwa A.H and Petrucka P.** Dietary Pattern and Other Lifestyle Factors as Potential Contributors to Hypertension Prevalence in Arusha City, Tanzania: A Population-Based Descriptive Study. *BMC Public Health* 2017, 17, 659.
- Katsi V. Kallistratos M. Kontoangelos K. Sakkas P. Souliotis K. Tsifioufis C. Nihoyannopoulos P. Papadimitriou G. Tousoulis D.** Arterial Hypertension and Health Related Quality of Life. *Frontiers in Psychiatry* 2017, 8, 270.
- Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M.** Hipertansiyon Tanı ve Tedavi, In: Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi (5. Baskı) , BAYT Bilimsel Araştırmalar, Ankara, 2011, 9-49.
- Kaya A.** Obezite ve Hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003, 7 (2), 13-21.
- Kayihan G, Ersöz G.** Hipertansiyon ve Egzersiz. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2009, 7(3), 93-101.
- Kes D, Gökdoğan F, Tuna D.** Hipertansiyonu Olan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı: Literatür Taraması. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016, 7(12), 40-55.
- Khanam M.A, Lindeboom W, Koehlmoos T.L, Alam D.S, Niessen L, Milton A.H,** Hypertension: Adherence to Treatment in Rural Bangladesh – Findings from a Population-Based Study. *Citation: Glob Health Action* 2014, 7, 1-9.

- Khatib B, Oussama M.** Clinical Guidelines for the Management of Hypertension. World Health Organization 2005 (<http://www.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>).
- Kılıç T, Üstü Y.** Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. *Ankara Medical Journal* 2012, 12(4), 205-213.
- Kırtıl S.** İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Duygusal Zeka Düzeyleri İle Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009, 44.
- Köker S.** Normal ve Sorunlu Ergenlerde Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1991.
- Kuş B, İnci F.** Esansiyel Hipertansiyonda Uyku Aktivitesinin Tanılanması ve Hemşirelik Bakımı. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 3(1), 27-32.
- Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H.** Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011, 11, 619-26.
- Kütmeç C, Yurtsever S.** Effects of Sexual Function of Essential Hypertensions in Women. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2011, 10, 56–63.
- Lavallee L. F. Hatch P. M. Michalos A. C. McKinley T.** Development of the Contentment with Life Assessment Scale (clas): Using Daily Life Experiences to Verify Levels of Self-Reported Life Satisfaction. *Social Indicators Research* 2007, 83, 201–244.
- 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), 1-7.
- Ma C, Zhou W, Huang C, Huang S.** A Cross-sectional Survey of Self-rated Health and Its Determinants in Patients with Hypertension. *Applied Nursing Research* 2015, 28, 347-351.
- Mahmoud M.İ.H.** Compliance With Treatment of Patients With Hypertension in Almadinah Almunawwarah: A Community-Based Study. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2012, 7(2), 92–98.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Josep R.** 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi* 2014, 4, 1-72.

- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M. ve ark.** ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2013, 34, 2159–19.
- Martins D. Norris K. Podymow T. August P.** Yüksek Riskli Gruplarda Hipertansiyon, In: Nefroloji ve Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi, Sayarlıoğlu H, Güneş Tıp Kitapevi, 2012, 374.
- Mc Cormack T, Krause T, O’Flynn N.** Management of Hypertension in Adults in Primary Care: NICE Guideline. *British Journal of General Practice* 2012, 62 (596), 163-164.
- Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E.** Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi, *Türk Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği* 2011, 15(1), 7-12.
- Mollaoğlu M, Solmaz G, Mollaoğlu M.** Adherence to Therapy and Quality of Life in Hypertensive Patients. *Acta Clinica Croatica* 2015, 54, 438-444.
- Neugarten B.L, Havighurst R.J, Tobin S.S.** The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology* 1961, 16(2), 134-143.
- Novello M.F, Rosa M.L, Ferreira R.T, Nunes I.G, Jorge A.J, Correia D.M, Martins W.A, Mesquita E.T.** Compliance with the Prescription of Antihypertensive Medications and Blood Pressure Control in Primary Care. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2017, 108(2), 135-142.
- Ogedegbe G, Mancus CA, Allegrante JP, Charlson ME.** Development and Evaluation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive African-American Patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003, 56, 520-529.
- Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın Y.E, Çamcı G.** Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016, 5(2), 75-83.
- Okan A.** Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hipertansiyon Farkındalığı ve Evde Bakım Uygulamaları, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2010, 45.
- Okudan N. Belviranlı M.** Kan Basıncı ve Kan Basıncını Düzenleyen Fizyolojik Mekanizmalar, In: Güncel Hipertansiyon 2017, Öztürk Ş, İstanbul Tıp Kitapevleri, 2017, 211.

Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, Onat A, İstanbul, 2017: 104.

Ong KL, Cheung BMY, Man YB, Lau CP, Lam KSL. Prevalence, Awareness Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999–2004. *Hypertension* 2007, 49, 69-75.

Öksüz E. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2004, 13(3), 99-104.

Önen C. Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya 2015, 6.

Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim* 2005, 18, 47.

Özbayram A. Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008, 37.

Özbey G, Bakırcı E, Dalaklıoğlu S. Vitamin D Eksikliği: Esansiyel Hipertansiyonda Epigenetik Bir Risk Faktörü. *MN Kardiyoloji* 2016, 23(4), 207-212.

Özdemir H. İnhalasyon Yoluyla Uygulanan Aromaterapinin Arteriyel Kan Basıncı, Nabız ve Kaygı Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2012, 4.

Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluları. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016,12(4), 195-201.

Özdevecioğlu M. İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, 11. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Afyon, 2003.

Özer A. Türkiye’ de Nuts TR 5 Bölgesinde Esansiyel Hipertansiyon Tedavisinde Sosyal Güvenlik Kurumu Açısından İlaç Kullanımı ve Tedavi Maliyetinin Retrospektif Veri Tabanı Analizi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014, 14.

Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 21, 63-77.

- Özgen F.** Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi, Mezuniyet Tezi, Çanakkale 2012, 6.
- Özkan M.** Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar 2008, 3.
- Özpancar N, Fesci H.** Hipertansiyon Ve Yaşam Kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi* 2008, 8(4), 73-88.
- Özpancar N.** Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2016, 7(1), 2-11.
- Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y.** Kayseri İlinde 30 ve Üzeri Yaş Grubunda Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011, 33(3), 219-228.
- Perrone-McGovern K.M, Boo J. N, Vannatter A.** Marital and Life Satisfaction Among Gifted Adults. *Roeper Review* 2012, 34(1), 46-52.
- Perry A. Potter P.** Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Atabek Aştı T. Karadağ A, Adana Nobel Kitabevi, Çukurova/Adana, 2011, 450.
- Pınar Ş, Demirel G.** Huzurevinde Yaşayan Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)* 2016, 9(1), 39-52.
- Plagnol A.C, Easterline R.A.** Aspirations, Attainments, and Satisfaction: Life Cycle Differences Between American Women and Men. *Journal of Happiness Studies* 2008, 9, 601-619.
- Polat Ü, Kahraman B.** Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi* 2013, 18(4), 213-218.
- Proctor C.L, Linley P.A, Maltby J.** Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies* 2009.
- Ramli A, Ahmad N, Paraidathathu T.** Medication Adherence Among Hypertensive Patients of Primary Health Clinics in Malaysia. *Patient Preverence and Adherence* 2012, 6, 613-622.
- Rao SS.** Prevention of Falls in Older Patients. *Am Fam Physician* 2005, 72, 81-89.

- Safar M.E, Smulyan H.** Hypertension in Women. *American Journal of Hypertension* 2004, 17(1), 82-87.
- Samur G, Yıldız E.** Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon (1. Baskı), Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008, 8.
- Sarışık A.** Kocaeli-Derince Bölgesinde Hipertansiyondan Haberdar Olma Hipertansiyon Prevalansı ve Hipertansif Hastaların Sosyo-Demografik Özellikler İle İlişkisi, İstanbul 2007, 26.
- Schmitter, C.** (2003). Life Satisfaction in Centenarians Residing in Long-Term Care. Erişim: 21.02.2003, <http://www.mmhc.com/articles/NHM9912/cutillo.html> .
- Seligman M. E. P.** Gerçek Mutluluk. Kalıcı Doyum Potansiyelinizi Geliştirmek İçin Yeni Olumlu Psikolojinin Kullanılması, 2007, Ankara: HYB.
- Severcan Ç.** Akupunktur Tedavisinin Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncı Değerlerine ve Nitrik Oksit Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2011, 27.
- Shehata M.F.** A Proposed Study on How Far Anger Contributes to Initiating Essential Hypertension in Canadian Caucasian Adults with a Family History of Hypertension. *Clinical Medicine Insights: Cardiology* 2010, 4, 9–13.
- Softa H. Karaahmetoğlu G. Erdoğan O.Yavuz S.** Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015, 1, 12-21.
- Şahin P.** Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İle İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012, 8.
- Şahin Ş.** Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik ve Yaşam Doyumu Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2008, 17.
- Şahin Z.A, Biçer N.** Hipertansiyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Medical Network Kardiyoloji* 2015, 22(4), 180-185.
- Tanrıverdi B, Savaş Tetik Ş.** Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2017, 21, 1-9.
- Teke N.** Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2016, 24.

- Tekin G.** Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2016, 25(2), 163-180.
- Telef B.** The Study of Teachers Self-Efficacy, Job Satisfaction, Life Satisfaction and Burnout, *Elementary Education Online* 2011, 10(1), 91-108.
- Telman N, Ünsal P.** Çalışan Memnuniyeti. 1. Baskı, Epsilon Yayınevi, İstanbul, 2004.
- Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M.** Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013, 4(5), 30-40.
- Toprakçı Şahin G, Salman S, Ayanoğlu Y, Sarıtaş D, Tuna G.** Postmenopozal Hastalarda Metabolik Sendrom Prevalansı ve Hormon Profili Üzerine Etkisi. *Journal of Academic Research Medicine* 2016, 6, 35-9.
- Tümer A, Baybuğa M, Dereli F, Uysal D.** Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016, 7(13), 105-113.
- Tümlü G, Recepoğlu E.** Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2013, 3(3), 205-213.
- Ulupınar S, Akıcı A.** Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics* 2015, 3(1), 84-93.
- Uysal H.B, Yaşar M.B, Sönmez H.M.** Aydın’ da Sigara İçiminin ve Hipertansiyonla Birlikteliğinin Son 20 Yıldaki Değişimi. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği* 2016, 20(2), 54-63.
- Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S.** Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2001, 4, 113-118.
- Ünal P, Çiftçili S, Uzuner A, Akman M.** Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2005, 9(4), 153-158.
- Ünsal B.** Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2013, 8.
- Vatansever Ö.** Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2011, 7.

Wang H. Effects of Marital Status and Transition on Hypertension in Chinese Women: A Longitudinal Study. *Paper to be Presented at the 2005 Annual Meeting of the Population Association of America*, 2005.

WEB_1. (2014). World Health Organization. The World Health Report 2012: New data highlight increases in hypertension diabetes incidence http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/ (20.08.2017).

WEB_2. (2012). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. (29.07.2017).

WEB_3. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> (04.04.2018).

WEB_4. (2015). World Health Organization, 2015. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/ (14.05.2018).

WEB_5. (2008). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. <http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf>. (16.08.2018).

WEB_6. (2016). Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/verilen_hizmetler. (08.10.2018)

Whelton P.K, MB, MD, MSc, FAHA, Carey C, MD, FAHA, Chair V. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology* 2017, 1-193.

Whitword A. 2003 World Health Organization (WHO) /International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 2003, 21(11), 1983-1992.

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement D.L, Coca A, Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S.E, Kreutz R, Laurent S, Lip G.Y.H, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R.E, Shlyakhto E, Tsoufis C, Aboyans V, Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal* 2018, 39, 3021–3104.

- Yardımcı H, Özçelik A, Sürücüoğlu M.S.** Yaşlılarda Hipertansiyon Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2011, 1(2), 15-27.
- Yetim Ü.** Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri 1. Baskı, İstanbul: Bağlam Yayınları, İstanbul, 2001.
- Yıldırım H, Işık K.** Çalışmayan Evli Kadınların Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017, 9(2), 47-51.
- Yıldız A.** Esansiyel Hipertansiyonda Tafi (Thrombin-Activatable Fibrinolysis İnhibitor) Düzeylerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006, 15.
- Yıldız M, Baytemir K.** Evli Bireylerde Evlilik Doyumu İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Benlik Saygısının Aracılığı. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2016, 17(1), 67-80.
- Yıldız M, Küçükazman M.** Hipertansiyon epidemiyolojisi. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi* 2008, 1, 1-3.
- Yıldız Y.** Otuz Beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyonun Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Durum Üzerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar 2014, 8.
- Yılmaz F, Yavuz Çolak M.** Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İnancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 2018, 3(2), 113-21.
- Yorgun H, Kabakçı G.** Yaşlılarda Hipertansiyonun Tanı ve Tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010, 2, 5-12.
- Yücel Beyaztaş F, Kurt G, Bolayir E.** Life Satisfaction Level of Elderly People: A Field Study in Sivas, Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2012, 62(3), 221-225.
- Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL.** Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME study). *Journal of General Internal Medicine* 2005, 20, 1091-1096.
- Zungur M, Yıldız A.** Hipertansif Hastaya Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2004, 13(8), 297-303.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

3) Medeni durumunuz: Evli ☐ Bekar ☐

4) Eğitim durumunuz nedir?

Okuma yazma yok ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Yükseköğretim ☐

5) Sosyal güvenceniz var mı? Var ☐ Yok ☐

6) Yaşadığınız yer: Köy ☐ İlçe ☐ İl ☐ ☐ Büyükşehir

7) Zararlı alışkanlıklarınız var mı? Sigara ☐ Alkol ☐ Diğer.....

8) Mesleğiniz nedir? Çalışmıyor ☐ Memur ☐ Serbest meslek ☐ Ev hanımı ☐ Emekli ☐

Diğer

9) Aile tipiniz: Geniş aile ☐ Çekirdek aile ☐ Diğer...

10) Gelir durumunuz nedir? Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla ☐

HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

11) Hipertansiyon haricinde başka kronik hastalığınız var mı?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

DM ☐ KKH ☐ Hipotiroidi ☐ Hiperlipidemi ☐ KOAH ☐ Kanser ☐ Diğer...

12) Ne zamandan beri hipertansiyon hastalığınız var?

13) Ailenizde hipertansiyon hastalığı olan var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Varsa kimlerde var belirtiniz.....

14) Kan basıncınızı hangi sıklıkta ölçtürüyorsunuz?

15) Hipertansiyon için ne sıklıkta kontrole gidersiniz?

Ayda bir ☐ Üç ayda bir ☐ Altı ayda bir ☐ Yılda bir ☐ Hiç gitmem ☐

16) Kontrole gitmeme nedeniniz nedir?

17) Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?....

18) İlacı ne zamandır kullanıyorsunuz?....

19) Kullandığınız ilacı nasıl tanıyorsunuz? İsminden ☐ Kutusundan ☐ Şeklinden ☐

20) Tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı? Evet ☐ Hayır ☐

21) Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni nedir?

Yan etki yaptı ☐ Tansiyonumu düşürmedi ☐ Pahalıydı ☐ Doktorumun önerisiydi ☐
Nedenini bilmiyorum ☐ Diğer....

22) İlacınızı nasıl alırsınız?

Her gün düzenli ☐ Tansiyonumun yükseldiğini hissettiğimde ☐ Hiç almam ☐

23) Hipertansiyon hakkında eğitim aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

24) Kan basıncınızı kontrol altına almak için kullandığınız herhangi bir tedavi, yöntem var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

25) Uyguladığınız yöntem KB kontrol altına aldığına inanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

26) Kullandığınız bir diyet var mı? ☐Evet ☐Hayır

27) Diyetinize uyum sağlıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

28) Tansiyonunuzun yükseldiğini nasıl anlıyorsunuz?.....

29) Egzersiz yapma alışkanlığınız var mı? ☐Evet ☐Hayır

30) Yapıyorsanız ne sıklıkta yapıyor sunuz?.....

31) Hayatınızda stres oluşturabilecek kaynak/kaynaklar var mı? ☐Evet ☐Hayır

32) Stresle baş etmek için etkili bir yöntem kullanıyor musunuz?

33) Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra cinsel yaşamınızda bir değişiklik oldu mu?

☐Evet ☐Hayır

34) Boy.....

Kilo.....

Beden Kütle İndeksi....

Kan basıncı.....

Nabız.....

Total Kolesterol.....

LDL.....

HDL.....

Trigliserid.....



Ek 2. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS)

Tansiyon İlaçlarını Her Zaman Alabileceğinizden Ne Kadar Emin Olabilirsiniz

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

Aşağıda Sıralanan İşlemleri Her Zaman Yapabileceğinizden Ne Kadar Emin Olabilirsiniz

22. İlaçlarınız bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan () () () ()
23. Fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri Yazdıracağınızdan () () () ()
24. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan () () () ()
25. Tansiyon ilaçlarınızı almayı daima hatırlayacağınızdan () () () ()
26. Tansiyon ilaçlarınızı hayatınız boyunca alacağınızdan () () () ()



Ek3. Yaşam Doyumu Ölçeği

_____ Pek çok açıdan ideallere yakın bir yaşamım var.

_____ Yaşam koşullarım mükemmeldir

_____ Yaşamım beni tatmin ediyor

_____ Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim

_____ Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim

7 = Kesinlikle katılıyorum

6 = Katılıyorum

5 = Çok az katılıyorum

4 = Ne katılıyorum ne de katılmıyorum

3 = Biraz katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

1 = Kesinlikle katılmıyor

Ek 4. Etik Kurulu İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/11/2016-E.48795



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd. Doç. Neşe ERDEM
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.11.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamıza ilgili alınan 15 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Nefati KTYLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 15

Protokol No : 2016/977
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Nurdan GEZER
Hemşirelik Fakültesi/
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Neşe ERDEM'in "Esansiyel hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 13.10.2016 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmış. 09.11.2016 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri dosya halinde görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izinin alınıp izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1. in son bölümünde tasahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yapılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerekliliğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: gostik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 5. Aydın Devlet Hastanesi İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Şube : 25305691- 605.01

Konu : Eylem KORUK'un
Araştırma İzni.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: a) Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Yazı ve Kurul İşleri Müdürlüğü'nün 02/12/2016 tarihli ve E.21488 sayılı yazısı.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Eylem KORUK; Aralık 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Aydın Devlet Hastanesinde "Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konu başlıklı Araştırma İzni için Genel Sekreterliğimiz Eğitim Ar-Ge Birimine talepte bulunmuştur. Adı geçeninin söz konusu talebi Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırmalar Etik Komisyonu tarafından incelenmiştir.

Adı geçeninin söz konusu tarihlerde çalışma yapması, çalışmayı yaparken kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmeti aksamasına mahal vermemesi, çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizce paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgileriniz ile gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Selma ÖZCAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:

-Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğüne
-Aydın Devlet Hastanesi Yöneticiliğine,

Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tel: 0256 214 33 62 Fax: 0256 214 56 60

e-posta: sunmevra.celebi@saglik.gov.tr Telefon No: (0256) 214 3362/4010

Evraçın elektronik imzalı sureti: <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1454e597-ae74-4106-8369-53b96da04b5 koda ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Sunmevra ÇELEBİ

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırma esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu, tedaviye uyum ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Esansiyel hipertansiyon, henüz kesin olarak aydınlatılmamış nedenlerle arteriyel kan basıncının normal kabul edilen değerlerden yüksek olması şeklinde tanımlanır. Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Kardiyoloji Polikliniği'ne esansiyel hipertansiyon tanısı ile başvurmuş olup, 18 yaş ve üzerinde en az altı aydır hipertansiyon tanısı almış ve tedaviye başlamış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma süresince bireylere veri toplama formu uygulanacaktır. Araştırmanın verileri; 32 maddeden oluşan “Hasta Bilgi Formu”, 26 madden oluşan “İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) ve 5 maddeden oluşan “Yaşam Doyumu Ölçeği” ile toplanacaktır. Araştırmanın veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze toplanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara anlaşılır, açık ve doğru yanıt vermeniz ve verilen süre içerisinde soruları cevaplamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı **774** kişi olarak hedeflenmektedir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre on iki aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için tıbbi bir yarar sağlama söz konusu değildir. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir. Çalışma, yalnızca araştırma amaçlı olup, doğrudan yarar görmeniz ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmemesi gerekir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket formu uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etki yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara anlaşılır, açık ve doğru yanıt vermemeniz ve verilen süre içerisinde soruları cevaplamamanız durumunda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05071853117 no.lu telefondan Eylem KORUK' a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Çalışma kapsamında herhangi bir gider söz konusu değildir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları

ayrıntılılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : KORUK Eylem
Uyruk : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum yeri ve tarihi : Fethiye 12/10/1993
Telefon : 5389815901
E-mail : eylem_koruk_1993@hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2019
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2015

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

xxx

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2015-2019	Aydın Devlet Hastanesi	Hemşire
2015	Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi- Poster Bildiri

Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Uykusuzluk ve İlişkili Faktörler

(Güneş F, Koruk E, Güneş Z, Arslantaş H).