

**HİPERTANSİYONLU HASTALARDA
SOSYAL DESTEK ALGISI VE TEDAVİYE UYUM**
Gülay AKBULUT
1158207105

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR

Tez No:2019/57

2019- TEKİRDAĞ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPERTANSİYONLU HASTALARDA
SOSYAL DESTEK ALGISI VE TEDAVİYE UYUM

Gülay AKBULUT
1158207105

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR

Tez No:
2019- TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR danışmanlığında yürütülmüş
bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi
10/06/2019

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Üye

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülay
AKBULUT'un "Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye
Uyum" başlıklı tezi 10.06.2019 günü saat 13.00'da Tekirdağ Namık Kemal
Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri
uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nilda TURGUT
Enstitü Müdür

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim programım içerisindeki tez çalışmamda yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, destek olan, her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, her zaman anlayışlı olan, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen hocam sayın **Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR'a** sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca deneyim ve bilgisinden yararlandığım hocam, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı **Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'a**

Ayrıca tez çalışmam süresince yanımda olup bana destek olan **sevgili eşim ve çocuklarıma** teşekkür ederim.

ÖZET

Akbulut, G. Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2019. Bu çalışma hipertansiyonlu hastalarda sosyal destek algısı ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlandı. Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Marmaraereğlisi İlçe Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Dahiliye Servisine başvuran, hipertansiyon tanısı ile takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 285 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında, Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS) kullanıldı. Araştırma verileri normal dağılıma uygun olduğundan parametrik testler aracılığı ile veriler analiz edildi. İkili grupların karşılaştırılmasında bağımsız grup t-test analizi, çoklu grupların karşılaştırılmasında ise ANOVA testi kullanıldı. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla ise Pearson korelasyon analizi gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $64,26 \pm 11,08$ olup, %64,2'si kadın, %81,1'i evli ve %67,7'si orta öğretim ve lise düzeyinde eğitim almıştır. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $62,65 \pm 21,81$ ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalasından alınan toplam puanın ortalaması $70,61 \pm 11,2$ 'dir. Alınan puan ortalamalarının orta düzeyden daha yüksek olduğu görüldü. Araştırmada tedaviye uyumun; medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, yaşadığı kişi, kan basıncı ölçüm sıklığı, çay-kahve tüketimi, diyet yapma gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Sosyal desteğin ise; eğitim, antihipertansif ilacı nasıl içtiği, kan basıncı ölçüm sıklığı, hipertansiyon kontrollerine gitme sıklığı gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Araştırma sonucunda; hipertansiyon hastalarında sosyal destek algısı ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, tedaviye uyum, sosyal destek

ABSTRACT

Akbulut, G. Perception of Social Support and Compliance with Treatment in Hypertensive Patients, Tekirdağ Namık Kemal University Institute of Health Sciences Department of Internal Medicine Nursing Master Thesis, Tekirdağ, 2019. This study was planned to investigate the relationship between perception of social support and compliance with treatment in patients with hypertension. Between January 2016 and January 2017, 285 patients who were admitted to the Internal Medicine Outpatient Clinic and Internal Medicine Department of Marmaraereğlisi Public Hospital, followed up with the diagnosis of hypertension and accepted to participate in the study constituted the sample of the study. Data were collected by using the Patient Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES). The data were analyzed by parametric tests because the research data were suitable for normal distribution. Independent group t-test analysis was used for comparison of binary groups and ANOVA test was used for comparison of multiple groups. In order to test the relationship between the research variables, Pearson correlation analysis was performed. The mean age of the patients was 64.26 ± 11.08 years, 64.2% were women, 81.1% were married and 67.7% were secondary and high school students. The mean total score of the patients in the Multidimensional Scale of Perceived Social Support was 81.65 ± 21.81 and the total score obtained from the Medication Adherence Self-Efficacy Scale was 70.61 ± 11.2 . The mean scores were higher than the intermediate level. In the study, it was determined that compliance with treatment was affected by factors such as marital status, education, income level, the person he / she lived with, frequency of blood pressure measurement, tea-coffee consumption and diet ($p < 0.05$). Also it was determined that social support was affected by factors such as education, how to drink antihypertensive drugs, frequency of blood pressure measurement, frequency of hypertension controls ($p < 0.05$). According to research results, there was no significant correlation between perception of social support and compliance with treatment in patients with hypertension.

Keywords: Hypertension, compliance with treatment, social support

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyon	4
2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.1.3. Hipertansiyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	6
2.1.4. Hipertansiyonun Tedavisi	8
2.1.5. Hipertansiyonda Kan Basıncı Ölçümü	13
2.1.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları	14
2.2. Sosyal Destek	15
2.2.1. Sosyal Destek Kavramı	15
2.2.2. Sosyal Destek Kaynakları	15
2.2.3. Sosyal Desteğin İşlevleri	15
2.2.4. Sosyal Destek ve Sağlık	16
2.3. Tedaviye Uyum	17
2.4. Hipertansiyonda Sosyal Destek ve Tedaviye Uyum	18
2.5. Hemşirenin Rolü	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	22
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	22
3.4.3. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS)	23
3.5. Araştırmanın Uygulanması	24
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
4. BULGULAR	27
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	27
4.2. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	28
4.3. Hastaların Metabolik Değişkenlerine İlişkin Özellikleri	30
4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İ İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalasından Alınan Puanların Dağılımları	30
4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Sonuçları Arasındaki İlişki	31
4.6. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Sonuçları Arasındaki İlişki	34
4.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi	36
4.8. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi	38
4.9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlaça Bağlılık/Uyum Öz- Etkililik Ölçeği/Skalası Arasındaki İlişki	39
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	59
EKLER	71

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHA	American Heart Association
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESH/ESC	European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology
HT	Hipertansiyon
İBÖS	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası
SALTURK	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Ve Kan Basıncı Çalışması
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SS	Standart Sapma
PATENT 2	Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization
X	Ortalama (Mean)

TABLOLAR

Tablo 1.1.	Kan Basıncı Düzeyine Göre Hipertansiyon Sınıflandırılması	6
Tablo 1.2.	Hipertansiyonlu Hastalarda Sık Bulunan KVH Risk Faktörleri	8
Tablo 3.1.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayıları	24
Tablo 3.2.	İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalasının İç Tutarlılık Katsayıları	25
Tablo 3.3.	Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	26
Tablo 4.1.	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	29
Tablo 4.2.	Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	30
Tablo 4.3.	Hastaların Metabolik Değişkenlerine İlişkin Özellikleri	31
Tablo 4.4.	ÇBASDÖ ve İBÖS'den Alınan Puanların Dağılımları	32
Tablo 4.5.	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları Arasındaki İlişki	33
Tablo 4.6.	Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları Arasındaki İlişki	36
Tablo 4.7.	Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası ile İlişkisi	38
Tablo 4.8.	Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası ile İlişkisi	40
Tablo 4.9.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlaca Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası Arasındaki İlişki	42

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Hipertansiyon (HT) ülkemizde de dünyada olduğu gibi en çok görülen kronik hastalıklar arasındadır. Aynı zamanda HT önlenebilir ve tedavi edilebilir hastalıklar arasında yer almaktadır. (Arıcı ve diğ. 2015). ESH/ESC klavuzunda hipertansiyonun dünyada en önde gelen ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. (Wolf-Mair ve diğ. 2003; Williams ve diğ. 2018). Ölüm nedenleri arasında ön sırada yer alan hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesi için, erken tanı konması ve uygun sağlık politikalarının oluşturulması gerekmektedir. (Altun ve diğ. 2012).

Hipertansiyon kardiyak hastalıklar, böbrek hastalığı, yeti yitimi, inme ve erken yaşta ölüm gibi durumlara sebep olduğu için; sağlık sisteminde olduğu kadar, ekonomi alanında da ülkelere yük oluşturmaktadır. (Arıcı ve diğ. 2015). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in 2016 yılındaki verilerine baktığımızda ölüm vakalarının %39,8'ini dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmuştur. Hipertansiyon ise bu oranın %8,8'ini oluşturmaktadır. (<http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do>). Hipertansiyon komplikasyonları dünyada ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmakta ve yılda 9,4 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır. İnmeyle bağlı ölümlerin %51'i, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'i, hipertansiyon sebebiyle gerçekleşmektedir. Ayrıca böbrek, serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklarda da önemli bir risk faktörüdür. (WHO 2013).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında (Patent2) hipertansiyon prevalansı erişkin yaş grubunda %31,8 olarak bulunduğu belirtilmiştir. (Güllü 2018). Hipertansiyon prevalansının yüksek olmasının nedeni yaşlı nüfusu sayısının artması, obezite artışı ve diyetle tuz tüketiminin fazlalığı ile doğru orantılı olarak arttığı belirlenmiştir. (Weber ve diğ. 2014).

Hipertansiyon çok yaygın görülen bir hastalık ve aynı zamanda kalıcı sakatlık ve ölüme sebep olan toplumsal bir sorun olduğu için önemi artmaktadır. Hipertansiyonun risk faktörleri çoğunlukla önlenebilir olduğu için kan basıncının kontrolü önemlidir. Bu nedenle kan basıncının kontrolünde hastaya sağlanan sosyal destek ve hastanın tedaviye uyum sağlaması çok önemlidir.

Bazı çalışmalarda hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum konusunda yetersiz oldukları görülmüştür. (Cingil ve diğ. 2009; Hacıhasanoğlu ve Gözüm

2009). Dünya Sağlık Örgütü hastaların tedaviye uyumunun arttırılması için sağlık profesyonellerinin katkıda bulunabileceklerini bildirmiştir. (WHO 2013). Tedaviye uyum, hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansif ilaçlarına, diyetlerine ve yaşam tarzı değişikliklerine uyması ile sağlanır. (Kerry 2015). Tedaviye uyum ile ilgili Bezara ve diğ.'nin hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumunu araştırmak için yapmış oldukları çalışmada uyumun %87 olduğu ve bu konuda yapılmış başka bir çalışma olan Wannasirikul ve diğ.'nin (2016) hipertansif yaşlı hastaların tedaviye uyumlarını araştırdıkları çalışmada ise uyumun iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir. (Bezara ve diğ. 2014; Wannasirikul ve diğ. 2016).

Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum konusunda sosyal desteğin etkili olduğu görülmüştür. Kronik hastalıklarda sosyal desteğin geliştirilerek tedavi programlarında araç olarak kullanılması önerilmektedir. (Osamor 2015). Yuvakgil (2017)'in yaşlı bireylerde yapmış olduğu çalışmasında algılanan sosyal destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireylerin yaşlarının artmasıyla birlikte azaldığının görüldüğü belirtilmiştir. (Yuvakgil 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalması tedaviye uyumunda beraberinde azalmasına sebep olabilmektedir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2010 yılı araştırması sonuçlarında da hipertansiyon hastalarının %42'sinin hipertansiyon için ilaç kullandığı, ilaç kullananların da %9,6'sının kan basınçlarının kontrol altında olduğu görülmüştür. (Onat ve diğ. 2017). Hipertansiyonun ilerleyişinin kontrol altına alınabilmesi, tedavisi ve takibinin iyileştirilmesi için toplum içinde farkındalık yaratacak önlemlerin alınması gerekmektedir. (Aypak ve diğ. 2013).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma da hipertansiyonlu hastalarda sosyal destek algısı ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Çalışmamızda aşağıda belirttiğimiz sorulara cevap aranmıştır.

1. Hipertansiyonu olan hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastalığına ve tedavisine ilişkin özellikleri ve metabolik değişkenleri nasıldır?

2. Hipertansiyonu olan hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastalığına ve tedavisine ilişkin özellikleri ile çok boyutlu sosyal destek algısı arasında fark var mıdır?
3. Hipertansiyonu olan hastaların tanımlayıcı özellikleri hastalığına ve tedavisine ilişkin özellikleri ile ilaç uyum öz etkililik arasında fark var mıdır?
4. Hipertansiyonu olan hastaların çok boyutlu sosyal destek algısı ile ilaç uyum öz etkililik arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde hipertansiyon, sosyal destek, hastaların tedaviye uyumu, hipertansiyonda sosyal destek ve tedaviye uyum, son olarak bu konularda hemşirenin rolüne yer verilmiştir.

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Hipertansiyon arteriyel damarlardaki kan basıncının normal sınırlardan daha fazla olması olarak tanımlanmaktadır. Kasım 2017'de Amerikan Kalp Derneği (AHA) tarafından yayınlanan kılavuzlara göre hipertansiyon uygun şartları sağlandıktan sonra iki ya da daha fazla sayıda yapılan kan basıncı ölçümünün 130/80 mmHg veya daha yüksek olarak tespit edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. (Wehelton ve diğ. 2018). Dünyada 2015 yılında yaş-standardizasyonlu kan basıncı ortalamaları sistolik kan basıncı (SKB) kadınlarda 122,3 mmHg, erkeklerde 127,0 mmHg, diyastolik kan basıncı ise (DKB) kadınlarda 76,7 mmHg erkeklerde de 78,7 olarak belirlenmiştir. (Ezzati2017).

Hipertansiyon uygulanan ilaç tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen dünyada ve ülkemizde görülen önemli bir sağlık sorunudur. Ayrıca ciddi komplikasyonlara sebep olduğu ve toplumda sık görüldüğü için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Avrupa'da hipertansiyonun prevalansı yetişkinlerde %30 ile %45 arasında değişmektedir. (Chow ve diğ. 2013). Amerikan Hipertansiyon Derneği ve Uluslararası Hipertansiyon Derneğinin bildirisine göre ise erişkin bireylerde hipertansiyon prevalansı %35-46 arası olarak gösterilmiştir. (WHO 2013). 2015'te yaş standardizasyonlu hipertansiyon prevalansı kadınlarda %20,1 erkeklerde ise %24,1, olarak belirlenmiştir. 2017 AHA sonuçlarına göre çalışmalarda son 40 yılda hipertansiyon görülme sıklığı yüksek gelirli ülkelere, Afrika Güney ile Asya'nın dar gelirli ülkelerine doğru ilerlemiştir. Kan basıncı yüksekliği Orta ve Doğu Avrupa'da devamlılığını sürdürmüştür. Hipertansiyonlu birey sayısı dünyada 40 yıl öncesine göre %90 gibi büyük oranda artarak, 2015 yılında 1,13 milyara kadar ulaşmıştır. (Ezzati2017). Türkiye'de yapılmış olan erişkinlerde popülasyon bazlı epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyon prevalansı ortalama %31,8 (erkeklerde %27,5, kadınlarda %36,1) olarak belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan hastaların

%40,7'sinin hastalığını bildiği, %31,1'inin hipertansiyonu için tedavi gördüğü, %20,7'sinin, kan basınçlarını kontrol altında tuttuğu tespit edilmiştir. (Erdem ve ark. 2010; Güllü 2018). TEKHARF çalışmasında ise hipertansiyon prevalansının otuz yaş ve üzeri kişilerde %33,7 olduğu belirlenmiştir. (Onat ve diğ. 2017). Yapılan başka bir çalışma olan hipertansiyon prevalans çalışması (PatenT2) sonuçlarına göre ise; prevalans %30,3 olarak belirlenmiştir. (Altun ve diğ. 2005). Yaş gruplarına göre hipertansiyonun görülme sıklığıdayaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir. 40-49 yaş grubunda en düşük olup % 29,7, olduğu, 50-59 yaş grubunda % 53,6 olduğu, 60-69 yaş grubunda en yüksek olup % 85,2 olduğu ve 80 yaş ve üzerinde ise % 76,3 olduğu görülmüştür. (Şengül ve diğ. 2016).

Hipertansiyonun prevalansının bu kadar yüksek olmasının sebebi birçok faktörle ilişkilendirilmiştir. Bunların başında diyetle tuz alımının fazlalığı, yaşlı birey sayısının artması, obezitenin giderek artması olarak bildirilmiştir. (Arıcı ve diğ. 2015). Gerekli ve etkili önlemler alınmadığında prevalansın artması beklenmektedir. (Hacıhasanoğlu 2009).

2.1.2.Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonu sınıflandırmak amacıyla farklı profesyonel organizasyonlarca bazı kılavuzlar sunulmuştur. HT sınıflandırması ya kan basıncı değerlerine göre ya da hipertansiyonun etiolojisine göre yapılmaktadır. Kasım 2017 Amerikan Kalp Derneği (AHA) tarafından yayınlanan kılavuzlara göre kan basıncı, bir sağlık kuruluşunda ölçülen ortalama kan basınçlarına göre (ofis basınçları) normal, yükselmiş ve evre 1 veya 2 hipertansiyon olmak üzere 4 seviyede sınıflandırılmıştır. (Wehelton ve diğ. 2018).

Tablo 1.1. Kan Basıncı Seviyesine Göre Hipertansiyon Sınıflandırması

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Normal	<120 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Yüksek	120-129 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Hipertansiyon			
Evre 1	130-139 mm Hg	veya	80-89mm Hg
Evre 2	≥140 mm Hg	veya	≥90 mm Hg

(Wehelton ve diğ. 2018).

2.1.3.Hipertansiyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

HT etiyojisine göre primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır.

Primer (Esansiyel, İdiyopatik) Hipertansiyon

Hipertansiyonlu erişkinlerin yaklaşık %95'inde primer hipertansiyon görülmektedir. Primer hipertansiyonun nedeni tam olarak bilinmemekte olup, genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu faktörleri, kişinin genetik yapısı, çok fazla tuz kullanımı, kişinin aşırı kiloya sahip olması, sempatik sinin sisteminin fazla çalışması, renin anjiotensin sisteminin etkisi, tuzun vücuttan atılımındaki renal bozukluklar, intraselüler sodyum ve kalsiyum artışı, düşük doğum ağırlığı ve bireyin kişilik özellikleri oluşturmaktadır. (ESH ve ESC 2013). Primer hipertansiyon; çoğunlukla 40-50 yaşları arasında ortaya çıkmakta, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişiklikleri uygulanarak kontrol altına alınabilmektedir. (Teke 2018). TEKHARF kohortunda göre yeni oluşmuş hipertansiyonun belirleyicilerini kişinin yaşı, bel çevresinin genişliği, kadın cinsiyeti, CRP değeri, açlık insülin değeri ve sigara içilmesi oluşturmaktadır. (Onat ve diğ. 2017).

Sekonder (ikincil) Hipertansiyon

Tüm hipertansiyonun yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. İkincil hipertansiyon olarakta adlandırılmaktadır. İkincil hipertansiyona neden olan durumlar başlıca şunlardır: kronik böbrek hastalığı, renal arter darlığı, endokrin nedenler ve uyku apne sendromu. Hipertansiyon ile kardiyovasküler olaylar, inme ve böbrek hastalığı arasında yakın bir ilişki vardır. Birçok toplulukta hipertansiyon prevalansının yüksek olması, nüfusun artan yaşı ve obezite prevalansının artışı ile ilişkilendirilir. Ayrıca diyetle yüksek oranda tuz alımının da önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. (Weber ve diğ.2014).

Sekonder HT nedenlerini;

Kronik böbrek hastalıkları, renovasküler hastalıklar, aort daralması, cushing sendromu, kronik steroid terapisi, ilaç kullanımı ile gelişen HT, feokromasitoma, primer aldostrenizm, tiroid/paratiroidi ve uyku apnesi sendromu olarak sıralayabiliriz. (Weber ve diğ. 2014).

Risk Faktörleri

2013 ESH ve ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Kılavuzu'na göre; değiştirilemeyen hipertansiyon risk faktörlerini kişinin aile öyküsü, cinsiyeti, yaşı ve etnik yapısı oluştururken, değiştirilebilen risk faktörlerini ise obezite, aşırı stres, beslenme şekli ve zararlı madde kullanımı gibi faktörler oluşturmaktadır. (ESH ve ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Kılavuzu 2013).

Kasım 2017'de AHA tarafından yayınlanan kılavuza göre ise risk faktörleri aşağıda tabloda gösterilmiştir. (Wehelton ve diğ. 2018).

Tablo 1.2. Hipertansiyonlu Hastalarda Sık Bulunan KVH Risk Faktörleri

Değiştirilebilir Risk Faktörleri	Değiştirilemeyen Risk Faktörleri
Diabetes Mellitus	Kronik Böbrek Hastalığı
Sigara kullanımı, pasif içicilik	İleri yaş
Dislipidemi / hiperkolesterolemi	Aile öyküsü
Aşırı kilo / obezite	Erkek cinsiyet
Sağlıksız diyet	Düşüksosyo-ekonomik /eğitim durumu
Fiziksel hareketsizlik / yetersiz egzersiz	Psikososyal stres
	Obstrüktif uyku apnesi

(Wehelton ve diğ. 2018).

2.1.4. Hipertansiyonun Tedavisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre hipertansiyonun dünyada en önde gelen ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. (WHO 2013). Bu kadar önemli bir sonuca neden olduğu için tedavi stratejilerinde sürekli yenilik ve değişiklikler yapılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde amaç morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Bunun için SKB 130 mmHg'nın, DKB 80 mmHg'nın altında tutulması hedeflenmelidir. (Wehelton ve diğ. 2018).

Hipertansiyonlu hastalarda uygulanacak olan tedavi hastaya göre belirlenmeli ve HT evresine bakılmaksızın yaşam tarzı değişiklikleri uygulanmalıdır. Aynı zamanda hipertansiyonun komplikasyonlarının önlenmesi ve yönetiminde farmakolojik tedavinin de önemi büyüktür. Fakat hipertansiyonun kontrol altında tutulabilmesi için sadece ilaç tedavisi yeterli değildir. (Gün 2012). Tedavi düzenlenirken risk faktörleri dikkate alınarak kan basıncının normal sınırlarda tutulması amaçlanmalıdır. (Akça 2015).

Hipertansiyon; insanlarda kardiyak hastalıklara, inmeye, renal hastalıklara, erken yaşta ölüm gibi durumlara sebep olmakta ve ülke ekonomisine önemli bir yük oluşturmaktadır. Bu sebepten tedavisi çok önemlidir. Klavuzlara göre hipertansiyon tedavisi risk faktörleri de göze alınarak bireyselleştirilmiş bir şekilde planlanmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri ve beslenme alışkanlıkları kontrollerde muhakkak

değerlendirilmelidir. (Aydın ve Öztürk 2014). HT tedavisinde amaç morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Bunun için hastanın farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle tedaviye uyum sağlayarak hastalığını kontrol altına alarak yaşamını şekillendirmesi gerekmektedir. (Özpancar 2016).

Hipertansiyonda tedavi; farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi olmak üzere ikiye ayrılır:

Nonfarmakolojik Tedavi

Hipertansiyonun tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra yaşam tarzı değişikliklerinin oluşturmuş olduğu nonfarmakolojik tedavi de önemli yer tutmaktadır. Yaşam biçimi değişikliklerini belirlenen ideal vücut ağırlığına ulaşma, tuz kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenme, sigaranın kullanılmaması, alkol tüketiminin kısıtlanması, hareketli bir yaşam sürdürme ve etkili stres yönetimi gibi uygulamalar oluşturmaktadır. (ESH ve ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Kılavuzu 2013).

İdeal vücut ağırlığı

Obezite ve şişmanlık dünya genelinde önemli hastalıklardan biri olarak ve giderek yaygınlaşmaktadır. Fazla kilolu hipertansif hastalar kilo vermeleri için teşvik edilmelidir. Fazla kilo ile hipertansiyon arasında yakın ilişki olduğu ve fazla kiloların bireylerde kan basıncının artmasına sebep olan en önemli kaynaklardan biri olduğu belirtilmektedir. (Mancia ve diğ. 2013; Ayyıldız ve Demirli 2015). “TEKHARF” çalışmasına göre de obezite ile hipertansiyon arasında paralel ilişki olduğu belirlenmiştir. (Onat ve diğ. 2017). 2010 yılı TÜİK’in Türkiye Sağlık Araştırmaları verilerine göre 15 yaş üzeri yetişkin nüfusun %33’ünün aşırı kilolu, %16,9’unun obez olduğu; 2012 yılında ise %34,8’inin aşırı kilolu, %17,2’sinin obez olduğu tespit edilmiştir. TÜİK 2014 yılında 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı %19,9, 2016 yılında da %19,6 olarak açıklanmıştır. (TÜİK 2017).

Tuz kısıtlaması

Dünya Sağlık Örgütü toplumların diyetteki günlük tuz tüketimi hedeflerinin <5gr/gün olması gerektiğini belirtmektedir. (Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin

Azaltılması Programı 2011; ESC/ESH 2013). SALTURK çalışmasında da günlük tuz tüketiminin (15-16 gr/gün) yüksek olduğu ve tuzun diyetle işlenmiş gıdalardan alındığı bildirilmiştir. (Erdem ve diğ. 2010). Tuz tüketiminin günlük 5 gr. ve sodyum kullanımında 2 gr.'ın altına düşürülmesi önerilmektedir. (Koç 2016). Tuz tüketiminin azaltılması en önemli yaşam şekli değişikliği arasında yer almaktadır. Bu sebepten dolayı hipertansiyonun kontrol altına alınmasında günlük alınan tuz miktarı önemlidir. Tuzun azaltılması hipertansiyonun kontrol altına alınmasının yanı sıra kardiovasküler hastalıkların önlenmesini sağlar. (Üstündağ 2016).

Sağlıklı beslenme

Hipertansiyon hastalarının günlük beslenmelerinin büyük bölümünü sebze ve meyveler oluşturmalıdır. Aynı zamanda az yağlı, tam tahıllı besinler tüketerek proteini sebzelerden almalı ve diyetlerinde haftada en az iki üç kez balık yer almalıdır. İşlenmiş çok yağlı ve tuzlu hazır gıdaları tüketmekten uzak durmalıdırlar. Hipertansiyon hastalarına meyve, sebze, az yağlı süt ürünleri, lifli gıdalar ve kepekli tahıl ürünlerini kullanmalarının önerilmesi kan basıncını kontrol altına almada yarar sağlar. (Daskalopoulou 2015).

Hastalığına uyum sağlayan hipertansif hastaların, sağlıklı beslenmesinde dahil olduğu sigaranın bırakılması, düzenli egzersiz yapmak, alkol tüketiminin azaltılması gibi yaşam şekli değişikliklerini bireylerin daha kolay uygulayabildiği ve tedaviye uyum düzeylerinin arttığı söylenebilir. (Vatansever ve Ünsar 2014).

Sigara bırakılması

Hipertansiyonu olan hastalara sigara içmemesi, sigara içiyor ise bırakması gerektiği konusunda tavsiyede bulunmak gerekir. Sigara bırakma hipertansiyonun kardiyak risklerini azaltmada en önemli faktörlerden biridir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de 14,8 milyon kişinin (%27,1) tütün ürünü kullandığı bildirilmiştir. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,5 olup, kadınlara göre (%13,1) çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (S.B.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012).

Yapılmış olan çalışmalarda sigara içen hipertansif hastaların sigara içmeyen hipertansif hastalara kıyasla daha yüksek günlük kan basıncı değerleri tespit

edilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ve klavuzlarda hipertansiyon hastalarına sigarayı bırakmaları konusunda gerekli açıklama yapıp, sigarayı bırakmaları konusunda önerilerde bulunmaktadır. (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Kılavuzu 2007; Mancia ve diğ. 2013).

Alkol kısıtlanması

Alkol kullanımının, hipertansiyonun görülme sıklığı ve düzeyi ile yakından ilişkisi vardır. Sürekli alkol kullanımı hipertansiyon hastalarında tansiyonun yükselmesine neden olmaktadır. Sınırlı alkol kullanımında sıkıntı yaşanmazken aşırı miktarda alkol kullanımı kan basıncı ve inme riskini artırmaktadır. (ESH ve ESC 2013). Alkol kullanımının kan basıncı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, 6 aylık periyotta alkol kullanımının azaltılmasının hipertansiyon üzerine etkileri görülmüştür. Alkol kullanımının azaltılmış olduğu girişim grubunda kontrol grubuna göre düşüşün 1,2/0,7 mmHg daha fazla olduğu görülmüştür. (Cockerham ve diğ. 2017).

Hareketli yaşam

Hipertansiyon hastalarına düzenli aktivite veya spor yapması konusunda önerilerde bulunarak, yaş ve kapasitelerine uygun aktivitelere yönlendirmelidirler. Haftada 5-7 gün en az 30 dakika orta hızda egzersiz yapması önerilmelidir. Ayrıca bununla birlikte hareketli bir yaşam konusunda öneride bulunulmalıdır. (ESH ve ESC 2013).

Özet olarak yetişkin hipertansiyon hastalarında kan basıncını düşürmek için haftada 3-4 kez ve en az 40 dakika orta yoğunlukta fiziksel egzersiz yapılmalıdır. (James ve diğ. 2014).

Stres yönetimi

Hipertansiyonun etyolojisinde psikolojik faktörler önemli bir yer tutmaktadır. (Çelik ve diğ. 2010). Hipertansiyon hastalarında stresin kan basıncının yükselmesinde etkili olduğu görülmüştür. Bu sebeple yaşam şekli değişikliklerinden olan stres yönetimi hipertansiyonun kontrol altına alınmasında önemlidir. (Houle ve diğ. 2014).

Hipertansiyonu olan hastalara stresle başetme konusunda tavsiyelerde bulunulmalıdır. Bireyin kişisel özellikleri ve stres kaynakları kişinin sağlıklı yaşam biçimini bozmaktadır. Bununla birlikte hipertansiyon ve kardiyak hastalıklar için risk oluşturmaktadır.

Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisi uygularken kan basıncı değerleri, risk faktörleri ve hastanın mevcut olan diğer hastalıkları dikkate alınarak tedaviye başlanmalıdır. Kullanılacak ilaç seçiminde ilaçların yan etkileri, dozları, etkilenen organ hasarı ve hastalıkları gibi faktörlerde göz önünde bulundurulmalıdır. (Arıcı ve diğ. 2015).

Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine iyi uyum göstermesi, yaşam tarzı değişikliklerinden olan tuz kısıtlaması ve fiziksel aktivite yapması durumunda kan basıncı kontrol altına alınabilir ve böylece komplikasyonlarından da korunulabilir. (Ahmet ve diğ. 2008).

Hipertansiyonlu hastalarda farmakolojik tedavi için beş grup ilaç kullanılmaktadır. Bu grupları; diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri oluşturmaktadır. Hipertansiyonda tedaviye bu ilaçlardan biri ya da birkaçının oluşturduğu grup ile kombinasyon oluşturularak başlanmaktadır. İlaçların seçiminde hastanın klinik öyküsü ve ilaç uyumuna dikkat edilmektedir.

-Diüretikler:Bu ilaçlar, su sodyumun vücuttan böbrekler aracılığıyla idrar ile birlikte atılmasını sağlarlar. Kalp debisini azaltmakla birlikte periferik direnç üzerinde anlamlı bir etki göstermektedirler. Tiyazid grubu diüretikler, loop diüretikleri, potasyum tutucular ve aldesteron reseptör antagonistleri olmak üzere 4 grup diüretik kullanılmaktadır.

-Beta blokerler:Kan basıncını düşürmek için kalp debisinin azalmasını sağlarlar.Tek başına kullanılabileceği gibi çoğunlukla diğer antihipertansif ilaçlar ile birlikte kombine olarakta kullanılırlar.

-Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri: Bu ilaçlar;böbreklerden anjiotensinin dönüşme sürecinde anjiotensini dönüştürücü

enzimi baskılayarak anjiotensin II'nin azalmasına yol açar. Böylece arteriyel vazokonstrüksiyonu baskılayarak periferik direncin azalması yoluyla kan basıncının düşürülmesini sağlarlar.

-Anjiyotensin II reseptör blokerleri (ARB): Bu ilaçlar ise ACE inhibitörlerine benzer etki gösterirler. Anjiyotensin II'ye duyarlı reseptörleri etkisiz hale getirerek arterlerde vazokonstrüksiyonu engeller. Ayrıca böbrekler aracılığıyla sodyumun ve beraberinde de suyun vücuttan uzaklaştırılmasını ve ekstraselüler sıvı volümünü azalatarak kan basıncını düşürürler.

-Kalsiyum kanal blokerleri:Arteriyollerdeki kalsiyumun kanal proteinlerine veya reseptörlerine bağlanarak kalsiyum kanallarını bloke ederler. Bu nedenle kalsiyum iyonlarının girişini azaltarak kasların gevşemesine yol açar ve periferik direnci azaltak kan basıncını düzenlerler. (Williams ve diğ. 2018).

2.1.5. Hipertansiyonda Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyonun tedavisi için uygun teknik ve gerekli çevre şartları sağlandıktan sonra doğru tanının konulması gerekmektedir. Bunun için kan basıncı ölçümü çok önemlidir. Hipertansiyon hastasının ofis dışı ve kendi kan basıncının doğru bir şekilde ölçüp değerlendirilmesi ile beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon ekarte edilmiş olur. Kan basıncının kontrol altına alınmasında ofis dışı kan basıncı ölçümünün etkili bir rolü bulunmaktadır. (Wehelton ve diğ. 2018).

Kan basıncı ölçümleri koldan, uygun tansiyon ölçme aletleri kullanılarak yapılmalıdır. Hastanın ilk muayenesinde ölçüm her iki koldan da yapılmalıdır. Eğer iki kol ölçümü arasında kan basıncı farkı varsa ölçüm tekrarlanmalıdır. Ölçümler sonucunda fark devam ediyorsa kan basıncı yüksek olan koldan ölçümler yapılmalıdır. Ölçümden önce hasta oturtulup 5 dakika dinlendirilmelidir. Ölçümü yapılırken hastanın avucu açık, kolu kalp hizasında ve bir seferde iki dakika ara ile en az iki ölçüm yapılarak çıkan sonucun ortalaması kaydedilmelidir. Kullanılan otomatik tansiyon aletleri aritmisi olan hastalarda yanlış sonuç verebilir. Bu sebepten ölçüm esnasında mutlaka nabız palpasyonla değerlendirilmeli ve nabız düzensizliği varsa steteskop kullanılarak ölçümü yapılmalıdır. (Arıcı ve diğ. 2015).

2.1.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon arterlerin zarar görmesine ve bunun sonucu olarak komplikasyonlar oluşmasına neden olmaktadır. Tedavi edilmemiş yada kontrolü sağlanamamış hipertansiyonda konjestif kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, inme ve renal yetmezliği gibi sebeplere bağlı ölümler meydana gelmektedir. Özellikle böbrek, göz ve beyine kan götüren atar damarların zarar görmesine neden olmaktadır. (Hatemi 2013).

Hipertansiyonun komplikasyonlarını aşağıdaki gibi özetleyebiliriz.

Hipertansif

Akselere-malign hipertansiyon
 Ensefalopati
 Serebral hemoraji
 Sol ventrikül hipertrofisi
 Konjestif kalp yetmezliği
 Böbrek yetmezliği
 Aort diseksiyonu

Aterosklerotik

Serebraltromboz
 Miyokardinfarktüsü
 Koroner arter hastalığı
 Kladiasyon intermittant ve
 Periferik damar hastalığı

2.2. Sosyal Destek

2.2.1.Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek kişinin, psikolojik olarak rahatlayıp, kendini güvende hissedip ve sosyal ilişkilerin kurulması için, kişinin ailesi, arkadaşları, komşuları ve kurumlardan aldığı destek olarak tanımlanabilir. (Tan ve diğ. 2005).

Sosyal destek; bireyin ihtiyacı olan sevgi, ilgi, kendini ifade etme, değerli hissetme, bilgiye ulaşma, maddi ihtiyaçlarını karşılama, gibi bireyin birçok ihtiyacını karşılayarak, kişinin yaşam kalitesini artırarak, kişinin öz saygısını güçlendirmesini ve kendine olan güveninin artmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda sosyal destek kişinin çevresine uyum sağlayarak etrafındaki kişilerle olan ilişkilerinde yardımcı olmaktadır. (Gümüş 2015). Algılanan sosyal destek ise sosyal desteğin bir alt boyutu olup, kişinin değer gördüğünü, sevildiğini hissetmesi ve iyi ilişkiler içinde olduğunu göstermektedir. Bir başka ifadeyle, kişinin sosyal ilişkilerinden sağladığı doyumdur. (Aliyev ve Tunç 2017; Oktan 2005). Bireylerin sağlıklı ve iyi şekilde yaşamaları için sağlığı koruyucu davranışlarda bulunması gerekmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sosyal desteğin koruyucu rolü olduğu belirtilmektedir. (Softa ve diğ. 2016).

2.2.2. Sosyal Destek Kaynakları

Bireyin sosyal destek kaynaklarını aile üyeleri, akrabaları, yakın arkadaşları, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dini veya etnik gruplar ile bireyin beraber yaşadığı toplum gibi etmenler oluşturmaktadır. (Verheijden ve diğ. 2005). Bireylere, toplumlara ve ülkelere göre değişim gösterebilen sosyal destek kaynakları kişinin yaşamış olduğu sıkıntı durumunda onunla baş edebilmesinde yardımcı olur.

Kişilerin sorunlarını konuşabilecek birinin olması bile o kişinin sosyal desteğinin olduğunu göstermektedir. (Korkut 2002).

2.2.3. Sosyal Destek İşlevleri

Sosyal destek işlevi bireyin sorunlarla başa çıkmasında ve duruma uyum sağlamasında etkili faktördür. Bununla birlikte sosyal destek bireyin kimlik duygusunu koruyup güçlendirmesini ve kendine olan güveninin artmasını sağlamakta böylece bireyin yaşam kalitesinide arttırmaktadır. Whitfield ve Wiggins (2010)'nin

sosyal destek, sağlık statüsü ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme arasındaki ilişkileri belirlemek için yaptıkları çalışmada günlük yaşam aktivelerinin yerine getirmede sosyal desteğin etkisinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Whitfield ve Wiggins 2010).

Sosyal destek işlevleri aşağıdaki şekildeki gibi tanımlanmıştır:

1) Duygusal destek: Duygusal destekte empatinin, bakımın ve bireye olan ilginin ifade edilmesidir. Kişiyse sevilme, rahatlık, şefkat, yakınlık gibi duygular verir.

2) Yardım (araçsal) destek: Kişinin yapması gereken günlük işlerinde yardımcı olup, yapmak.

3) Bilgi desteği: kişilere bilgi ve öğüt verme, önerilerde bulunarak, yönlendirme konularını içermektedir.

4) Güven desteği: Çevresindeki kişilerin bireyi destekleyerek, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını bildirmeleri gibi davranışları içerir. (Savcı 2006).

2.2.4. Sosyal Destek ve Sağlık

Kronik hastalıklar hastalarda geçici ya da kalıcı fonksiyon bozukluğuna yol açarak uzun dönem sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Kronik hastalıkların ortaya çıkarmış olduğu bu sorunlarla birey baş edemediğinde psikolojik ve sosyal sorunlarında artış meydana gelmektedir. Yeterli sosyal destek kişilerin, ciddi hastalıklara yakalanmasını azaltmakta ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarını düşürmektedir. (Lett ve diğ. 2005; Akdemir ve Birol 2011). Sosyal destek ile sağlık arasında olumlu ilişki olup, sosyal desteği olan bireylerin daha kolay iyileştiği, yaşam kalitelerinin yükseldiği ve hastalıklarla baş etme güçlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. (Ardahan 2006). Kişinin sosyal çevresi; kültürlerine, değerlerine göre değişiklik göstererek sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Buna göre sosyal çevresi kişinin sağlığı için koruyucuda olabilir ya da kişi için zararlı davranışlarda bulunmasına da sebep olabilir. (Umberson ve Montez 2010).

Sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişki iki şekilde açıklanmaktadır. Birincisinde sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğu, sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğu açıklanmaktadır. Buna temel etki modeli de denmektedir. Ayrıca bu modelde bireyin sosyal desteğinin olmaması bireyde negatif etki yaratır tezi de savunulur. İkincisinde de sosyal desteğin meydana

gelmiş olan olumsuz olayların etkisini azalttığı kişinin ruh sağlığını koruduğu savunulmaktadır. Bu model de tampon modeli olarak adlandırılmaktadır. (Şahin 2012). Tampon modelde amaç ruh sağlığını korumaktır.

2.3.Tedaviye Uyum

Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu “kişinin ilaç kullanma, yaşam tarzı değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık hizmeti verenlerin tavsiyelerine uyumu” şeklinde tanımlamaktadır. (Sabatte 2003).

Hipertansiyonun tanısının konulamaması yada etkili tedavi edilememesi sonucunda hipertansiyon önlenemez olmasına rağmen bireyin hayatını riske atacak çeşitli sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır. Bireyler çeşitli kalp hastalıkları, iskemik ve hemorajik inme, damar hastalıkları, böbrek yetmezliği ve görme bozuklukları gibi risklerle karşı karşıya kalırlar. (WHO 2013).

Tedaviye uyum bireyin ilaçlarını düzenli kullanmak, diyetini uygulamak ve yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek olarak belirtilmektedir. Uyumsuzluk ise hastalarda önemli bir problem olmakla birlikte ilaç kullanımı ve yaşam şekli değişikliklere dikkat etmemek olarak belirtilebilir. Uyumsuzluk sonucunda hastalarda kan basıncının kontrolünün sağlanması güçleşir. (Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyonu olan bireylerde tedaviye uyum oldukça önemlidir. Kan basıncının yüksekliğinin meydana getirmiş olduğu olumsuz sonuçlardan dolayı tedaviye uyum göstermeyen bireyler risk teşkil etmektedirler. Tedaviye uyumsuzluk sonucunda; hastaneye yatış oranları, sağlık bakım harcamaları artmakta ve buda maliyet açısından artışlara sebep olmaktadır. (Krousel-Wood 2009).

Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumsuzluğu önlemek için yapılacak yöntem öncelikle hastaları, kendi tedavilerine katılmalarına teşvik etmek olmalıdır. Kişilere sorumluluk verip bilgilendirdikten sonra kendi tedavilerine katılmaları sağlanmalıdır. Hastaya yaşam tarzı değişikliği konusunda da destek ve bilgi vererek hedeflenen kan basıncına ulaşması konusunda cesaretlendirilmelidir.

İyi yapılmış olan hasta eğitimi ve sağlık uzmanları ile iletişim, unutkanlık ve tedavideki memnuniyetsizlik gibi uyumu azaltan bazı faktörleri iyileştirebilir. (Al-Ramahi 2015).

Yapılmış olan bir çalışmada hastaların tedaviye uyumlarının yaşam tarzı değişikliklerinden olan; az ve sık yemeye dikkat etme, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden uzak durma, fizik aktivite yapma, tuz kullanmama, diyetinde ağırlık olarak meyve ve sebze tüketme, sigara kullanmama ve kahve içmeme gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. (İçyeroğlu 2012).

2.4. Hipertansiyonda Sosyal Destek ve Tedaviye Uyum

Bireyin sağlığını sürdürmede sosyal desteğin önemli bir payı vardır Yapılan çalışmalar, sosyal desteğin tedaviye uyum ve sağlığı güçlendirici davranışlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Sosyal desteğin, hastalığın iyileşme sürecine olumlu etki sağlayarak, bireylerin yaşam kalitelerini yükselttiği ve iyileşme sürecini kısalttığı belirtilmiştir. (Ardahan 2006; Şahin 2012). Kronik hastalığı olan hastaların algıladıkları sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, sosyal desteğin yaşam şekli değişiklikleri ve tedaviye uyum üzerine olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Kronik bir hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin önemi büyüktür. (Barutçu 2011).

Kronik hastalıklarda amaç bireyle işbirliği içerisinde olarak hastalığına ve tedavi programına uyumunu sağlamaktır. Hipertansiyonda da kan basıncı değerlerinin kontrol edilememesinin nedenlerinden biride tedaviye uyumsuzluktur. Hipertansiyonlu hastalarda; bireylerin hastalık algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kaliteleri tedaviye uyumu etkilemektedir. (Gün 2012). Bireyin toplam temel gereksinimlerini eşi, ailesi ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağ karşılamaktadır. Sosyal desteği iyi olan bireylerin yaşamdan duyduğu memnuniyet artmaktadır. Bu durum bireylerin hastalıkları hakkında verilen eğitimlere olan ilgilerini, katılımlarını sağlamakta ve tedaviye uyumlarını artırmaktadır. (Altıparmak 2009; Manali ve diğ. 2012). Aileden ve arkadaştan algılanan yeterli sosyal desteğin ilaç uyumunu sağladığı ve böylece tekrarlı yatışları azalttığı, belirtilmiştir. Hastalara sağlanan sosyal desteğin, tedaviye ve hastalığa uyumu kolaylaştırarak hastaların sağlığını ve kendi bakımını geliştirdiği, böylece tekrarlı yatışları, sağlık harcamalarını ve mortaliteyi azalttığı belirtilmektedir. (Barutçu 2011).

Kan basıncının kontrolü için çok geniş kapsamlı bir katılım iş birliği gerekmektedir. Hastaların , ailelerin ve sağlık hizmeti sunanların bu konuda bilgili ve istekli olmaları ile bu sağlanabilir.

2.5. Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon da hemşirenin rolüne baktığımızda DSÖ raporuna göre; iyi eğitim almış hemşireler ve tecrübeli sağlık çalışanlarının kişilerin yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına ve tedaviye uyumun artırılmasına büyük katkıda bulunmaları beklenmektedir. (ESH/ESC 2013). Sosyal desteğin sağlanmasında önemli bir yere sahip olan hemşire; sosyal desteğin sağlanabilmesi için gerekli şartları bilmeli, yeterli sosyal desteğin olup olmadığını anlamalı ve sosyal destek yetersiz ise bu konuda kişilere danışmanlık yapmalıdır.

Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun erken dönemde belirlenip, tedaviye uyum sağlanmasında ve hastalığın komplikasyonlarının kontrol altına alınabilmesinde hemşirenin aktif olarak yer almasının önemi üzerinde durulmuştur. Hemşire hipertansiyon yönetiminde hastaya yaşam biçimi değişiklikleri konusunda eğitim vererek tedaviyi desteklemektedir. (Ardahan 2006; Kolcu ve Ergün 2016). Ayrıca hastanın hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyini, tutum ve davranışını sorgulamalı ve ona göre hastalığı ile uyumunu sağlamak için eğitim vermesi gerekmektedir. (Aypak ve diğ. 2013). Hemşire hastanın sağlığı ile ilgili olumlu davranışlarını hastanın yaşam biçimi haline getirmesi için olumlu geri bildirimler vermelidir. (Hacıhasanoğlu 2015).

Hemşire hipertansiyon yönetiminin sağlanabilmesi için yaşam tarzı değişikliği yöntemleri içinde yer alan kilo kontrolü, tuz tüketimi, diyet, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi, stresle başetme gibi konularda diğer sağlık ekibi çalışanları ile işbirliği içinde hastalara girişimlerde bulunabilir. (Kolcu ve Ergün 2016). Böylece yaşam tarzındaki değişikliklerle beraber tedaviye uyumunda sağlanması ile hipertansiyon hastalarında komplikasyonlar önemli derecede azalmaktadır. Sağlık personelleri tedaviye uyumsuzluk nedenlerini saptayarak nedene yönelik müdahalelerde bulunup tedaviye uyumu arttırabilir. Hemşireler tarafından hipertansiyonun kontrolü için verilen eğitim etkili olduğu için aile hekimleri ve özellikle hemşireler hastalara eğitim planlamalı ve yol gösterici

olmalıdır. (Kılıç ve Uzunçakmak 2016). Sosyal desteğin sağlanmasında hasta ile en çok vakit geçiren sağlık ekibi üyesi olan hemşireye düşmektedir. Hemşireler kişinin sosyal desteğe ihtiyacının olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Sosyal destek yetersizse ona göre danışmanlık yapmalıdır. Hemşireler hipertansif hastaların ihtiyaç duydukları gereksinimleri belirlemeli, sorunları saptamalı, çözüm yolları aramalı, ne tür sosyal desteğin verileceğine karar vermelidir. (Ardahan 2006). Bu süreçte hemşirenin empati yapıp sabırlı ve güven verici bir tutum içerisinde olması gerekmektedir. Hemşirelerinde içinde yer aldığı sağlık bakımı veren profesyonellerin önde gelen amaçları arasında hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme ve sağlığı geliştirmesi yer almalıdır.

Sonuç olarak bireyin sağlığını sürdürmesi için sosyal destek gereklidir. Bunun içinde sosyal desteğin sağlanmasında hemşirelere en önemli görev düşmektedir. Hemşireler, sosyal desteğin sağlanmasında gerekli koşulları bilmeli, sosyal desteğin yeterli olup olmadığını anlamalı, sosyal desteğin yetmediği durumlarda danışmanlık yapmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tanımlayıcı çalışma şeklinde planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Ocak-Ağustos 2017 tarihleri arasında Marmaraereğlisi İlçe Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve 15 yataklı Dahiliye Servisinde gerekli izinler alındıktan sonra yapıldı. Serviste bir dahiliye uzmanı ve bir aile hekimi uzmanı olmak üzere toplam 2 uzman doktor, 5 hemşire ve 2 yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Servisteki bütün odalar tek kişilik olup toplam 15 yatak bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2016- Ocak 2017 tarihleri itibari ile Marmaraereğlisi İlçe Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Dahiliye Servisine başvuran ve hipertansiyon tanısı ile takip edilen 900 kayıtlı hasta oluşturdu. Araştırma örnekleme evreni bilinen örneklem formülüne göre; prevalans %31,3, hata payı %5, güven aralığı %95 olarak aşağıdaki gibi belirlendi. Örnekleme alınacak birey sayısı 241 olarak bulundu ve araştırmaya 285 hasta dâhil edildi.

Evreni bilinen örneklem hesabı (Karagöz 2014).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N= Evrendeki kişi sayısı (900)

n= Örnekleme dahil edilecek kişi sayısı (241)

p= İncelenecek olayın görülme oranı (%31,3=0,313)

q= (1-p) İncelenecek olayın görülme sıklığı (%68,7=0,687)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve belirlenen yanılma seviyesinde t tablosunda bulunan teorik değer (%95 Güven aralığında 1,96)

d= Olayın görülmeoranına göre örneklem hatası (%5=0,05)

Araştırmaya, en az altı önce hipertansiyon tanısı konmuş, iletişim kurulabilen, işitme ve konuşma problemi yaşamayan, 18 yaş ve daha yüksek yaştaki ve kendi rızası ile çalışmaya katılmak isteyen hastalar dahil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak; Hasta Bilgi Formu (Ek-1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-2) ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS) (Ek-3) kullanıldı. Araştırmacı tarafından hastaların boy, kilo ölçümü yapıldıktan sonra BKİ hesaplandı ve kalibrasyonu yapılmış manometre ile kan basıncı ölçümü yapıldı.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK-1)

Hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastalığına ilişkin özellikleri ve alışkanlıkları hakkında bilgi almak amacıyla, literatür taranarak hazırlanan toplam 25 sorudan oluşan bir formdur.

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2)

Zimmet ve arkadaşları ile birlikte hastaların algıladıkları sosyal desteği belirlemek amacıyla 1988 yılında, geliştirilmiş olan bir ölçektir. Bu ölçeğin uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışmaları ise Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmış olup, geçerlik güvenirliği 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yeniden yapılmıştır. Ölçek toplam 12 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Her maddeye 1-7 puan arasında değişen puan verilmektedir. Alt ölçeklerden alınacak olan en az puan 4, en fazla ise 28 puandır. Ölçeğin tüm maddelerinden elde edilebilecek en az 12 puan, en fazla 84 puandır. Ölçeğin alt boyut puanları toplanarak toplam ölçek puanı elde edilir. Algılanan sosyal desteğin yüksek olması ölçekten alınan puanın yüksek olması ile ilişkilidir. (Eker ve diğ. 2001). Aile alt boyutu, bireyin ailesinden almış olduğu sosyal desteği ifade eder. Aile kişinin annesi, babası, karısı, çocukları ve kardeşleri ifade eder. Arkadaş boyutu, kişinin arkadaş olarak

belirttiği bireylerden almış olduğu sosyal desteği belirtir. Aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişi boyutu ise ailesi ve arkadaşları dışında kişileri yani; doktoru, hemşiresi, sevgilisi, sözlüsü, komşu ve birinci dereceden olmayan akrabası gibi kişiler tarafından sağlanan sosyal destekği ifade etmektedir. Bu ölçeklerden alınan puan miktarları kişinin sosyal destek algısını yansıtmaktadır.

Ölçeğin cronbach alfa değeri, Zimmet ve ark.'nın çalışmasında 0,88, Eker ve Arkar'ın çalışmasında ise 0,89 olarak hesaplanmıştır. (Eker ve diğ. 2001).

Bu çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin değerleri; cronbach alfa 0,96, aileden algılanan sosyal destek alt ölçeğinin 0,99, arkadaştan algılanan sosyal destekalt ölçeğinin 0,99, özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,99 olarak bulundu (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. ÇBASD Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Katsayıları

	Alt Boyutta Yer Alan Maddeler	Alt-Üst Puan	İç Tutarlılık Katsayıları
Aileden algılanan sosyal destek	3, 4, 8, 11	4-28	,99
Arkadaştan algılanan sosyal destek	6, 7, 9, 12	4-28	,99
Aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden algılanan sosyal destek	1, 2, 5, 10	4-28	,99
Sosyal Destek Ölçeği (Toplam)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	12-84	,96

3.4.3. İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS) (EK 3)

Hipertansiyonu olan kişilerde tedaviye uyuma olan öz etkililiği değerlendirmek amacıyla, 2003 senesinde Ogedegbe ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. (Ogedegbe ve diğ. 2003). Gözüm ve Hacıhasanoğlu ise ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını 2005 yılında yapmışlardır. İBÖS te 26 ifadeden oluşan sorularla kişilerin hipertansiyon tedavisi için kullandıkları antihipertansiflerin kullanımını etkileyen faktörler sorgulanmaktadır. Aynı zamanda bireyin bu sorulara cevap verirken yeterlilik/güven düzeyi de görülmektedir. Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayısının 0,92 olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da, İBÖS'ün cronbach alfa değeri 0,98 olarak bulundu (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. İBÖS'ün İç Tutarlılık Katsayıları

	Alt-Üst Puan	İç Tutarlık Katsayıları
İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik	26-78	,98

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada hasta bilgi formunun işlerliğini değerlendirmek için Marmaraeğlisi İlçe Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniğine ve Dahiliye Servisine başvuran 15 hastaya ön uygulama yapıldı. Araştırmaya katılacak her hastaya araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgilendirme ve gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gönüllü onamı alındı. Hasta poliklinikte ise uygun bir odaya alınarak, klinikte ise kendi odasında, hastalar için uygun bir zamanda yüz yüze görüşme şeklinde verilerelde edildi. Hastanın boy ve kilo ölçümü yapıldı, kan basıncı ölçüldükten sonra görüşme sonlandırıldı. Görüşme yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Ek 4) alındı ve Tekirdağ İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden de kurum izni (Ek 5) alındı. Veri toplarken hastalardan araştırma ile ilgi açıklama yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek 6).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılması ve verilerin anket formuyla toplandığı için sonuçların hastaların sorulara verdikleri cevaplarla sınırlı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

3.8. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma verileri, SPSS 23 versiyonu kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi. Öncelikle verilerin analizinde parametrik/nonparametrik analiz yöntemlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermek amacıyla verilerin normal dağılıma uygunluğu analiz edildi. Verilerin normal dağılımına uygunluğunu belirleyen çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunlar; veriye ait frekans dağılım tablosu ve histogramlar, Kolmogorow-Smirnov, Lilliefors ve Shapiro–Wilk normallik testleridir. (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2014). Bunların yanı sıra, Yazıcıoğlu ve Erdoğan'a göre çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine de bakılarak verilerin normal dağılıma uygunluğu analiz edilmektedir. Çarpıklık değerinin ± 3 'ün üzerinde ve basıklık değerinin ise ± 10 'un üzerinde olmaması verilerin normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir. (Kline 2011). Bu çalışmada araştırma değişkenlerine ait genel ortalamalar ve alt boyutlarının ortalamalarının basıklık ve çarpıklık katsayılarına bakıldı ve sonuçlar Tablo 3.3'te verildi. Tablo 3.3'e göre verileri normal dağılıma uygun bulundu. İstatistiksel olarak analiz edildi.

Tablo 3.3. Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	N	Ort	Çarpıklık		Basıklık	
			istatistik	Std. Hata	istatistik	Std. Hata
Sosyal destek boyutu genel ortalaması	285	62,64	-,711	,144	-,661	,288
Özel insan alt boyutu	285	18,80	-,551	,144	-1,246	,288
Aile alt boyutu	285	24,09	-1,866	,144	2,689	,288
Arkadaş alt boyutu	285	19,74	-,749	,144	-,909	,288
Tedaviye uyum boyutu genel ortalaması	285	70,62	-1,993	,144	3,955	,288

Araştırma verileri normal dağılıma uygun olduğundan dolayı parametrik testler aracılığı ile veriler analiz edildi. Karşılaştırmalarda İkili gruplarda bağımsız grup t-test analizi, çoklu grupların karşılaştırılmasında ise ANOVA testi kullanıldı. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla ise Pearson korelasyon analizi gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları;

1. Hastaların tanımlayıcı, hastalığına ve tedaviye ve metabolik değişkenlerine ilişkin özellikleri,
2. Hastaların ÇBASD Ölçeğinden ve İBÖS'den aldıkları puanların dağılımları,
3. Hastaların tanımlayıcı, hastalığına ve tedaviye ilişkin özelliklerinin ÇBASDÖ ile ilişkisi.
4. Hastaların tanımlayıcı, hastalığına ve tedaviye ilişkin özelliklerinin İBÖS ile ilişkisi.
5. ÇBASDÖ ile İBÖS arasındaki ilişki başlıkları altında incelendi.

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanımlayıcı özelliklerine baktığımızda; katılımcıların yaş ortalaması $64,26 \pm 11,08$ (min.-mak.:25-100) olup, çoğunluğu (%55,1) 65 ve altı yaştaadır. Hastaların %64,2'si kadın, %81,1'i evli, %49,8'i ev hanımı, %50,2'si eşi ile birlikte yaşamakta ve %55,4'ünün çocuk sayısı 3 ve üzerindedir. Hastaların %67,7'si ortaöğretim-lise düzeyinde eğitim almış, %94'ünün sosyal güvencesi mevcut ve yaklaşık yarısının (%49,1) geliri giderine eşittir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=285)

Yaşı		Ort±SS 64,26±11,08	Min.-Mak. 25-100
		n	%
Yaş aralığı	65 yaş ve altı	157	55,1
	66 yaş ve üstü	128	44,9
Cinsiyeti	Kadın	183	64,2
	Erkek	102	35,8
Medeni Durumu	Evli	231	81,1
	Bekar	54	18,9
Eğitim Durumu	Okuryazar olmayan	32	11,2
	Okuryazar olan	37	13,0
	Ortaöğretim+lise	193	67,7
	Lisans ve üstü	23	8,1
Mesleği	Emekli+çalışmıyor	111	38,9
	Memur	12	4,2
	Serbest	20	7,0
	Ev hanımı	142	49,8
Sosyal Güvence Durumu	Var	268	94,0
	Yok	17	6,0
Gelir Gider Durumu	Geliri giderinden yüksek	32	11,2
	Geliri giderinden az	113	39,6
	Geliri giderine eşit	140	49,1
Çocuk Sayısı	Yok	13	4,6
	1-2	114	40,0
	3 ve üstü	158	55,4
Yaşadığı kişi	Yalnız	27	9,5
	Eşim ile birlikte	143	50,2
	Eşim ve çocuklarıyla birlikte	84	29,5
	Diğer (çocuk, akraba, vb)	31	10,9

4.2. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların hastalığına ve tedaviye ilişkin özelliklerini incelediğimizde; araştırmaya katılan hastaların %65,3'ünün tanı alma süresi 10 yıl ve altında, %73,3'ü hipertansiyona ilişkin bir tane ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanan hastaların %88,8'i ilaçlarını düzenli kullandığını, %48,4'ü kan basıncı ölçümünü sadece rahatsızlandığında yaptığını ve %62,8'i 0-3 ay aralığında kontrole gittiğini ifade etmektedir. Hastaların çoğunluğu sigara (%78,2) ve alkol (%86,7) kullanmamakta ve %45,3'ü günlük 3-5 fincan çay ve kahve tüketmektedir. Hastaların %34,7'si diyet yaptığını, diyet yapanların %61,6'sı tuzsuz diyet yaptığını,

çoğunluğu (%73,7) egzersiz yapmadığını ve %68,1'i ise tansiyonunu düşürmek için diyet ve ilaç dışında herhangi bir yöntem kullanmadığını ifade etmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri (N=285)

		n	%
Tanı yılı	10 yıl ve altı	186	65,3
	11 yıl ve üstü	99	34,7
Kullandığı ilaç sayısı	1	209	73,3
	2 ve üstü	76	26,7
İlacını nasıl içtiği	Düzenli kullanan	253	88,8
	Düzenli kullanmayan	32	11,2
Kan basıncı ölçüm sıklığı	Yapmıyor	81	28,4
	Hergün	51	17,9
	Rahatsızlandığında	138	48,4
	Haftada bir	15	5,3
Kontrole gitme sıklığı	0-3 ay	179	62,8
	4-12 ay	70	24,6
	Hiç gitmiyor	36	12,6
Sigara kullanımı	Evet	62	21,8
	Hayır	223	78,2
Alkol kullanımı	Evet	38	13,3
	Hayır	247	86,7
Çay kahve tüketimi	1-2 fincan	88	30,9
	3-5 fincan	129	45,3
	6 ve üzeri fincan	68	23,9
Diyet yapma durumu	Diyet yapmayan	186	65,3
	Diyet yapan	99	34,7
Diyet içeriği (n:99)	Tuzsuz	61	61,6
	Az tuzlu	13	13,1
	Tuzsuz ve yağsız	25	25,3
Egzersiz yapma durumu	Yapmıyor	210	73,7
	Yapıyor	75	26,3
Tansiyonu düşürmek için diyet ve ilaç dışında kullandığı yöntem	Yok	194	68,1
	Var (sarımsak, limon, bitkisel)	91	31,9

4.3. Hastaların Metabolik Değişkenlerine İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların metabolik değişkenlerine ilişkin özelliklerini incelediğimizde; sistolik kan basınçları ortalaması $132,25 \pm 17,32$ diastolik kan basınçları ortalaması $78,81 \pm 9,52$ ve BKİ'leri ortalaması ise $30,92 \pm 5,41$ 'dir. BKİ sınıflandırılmasına göre incelendiğinde hastaların %48,5'i obez ve üzeridir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Metabolik Değişkenlerine İlişkin Özellikleri (N 285)

	n	Min.-Mak.	Ort±SS
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	285	90-180	$132,25 \pm 17,32$
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)	285	60-120	$78,81 \pm 9,52$
BKİ (kg/ m²)	285	17,7- 46,67	$30,92 \pm 5,41$
BKİ Grupları	n	%	
Normal	44	15,4	
Fazla kilolu	103	36,1	
Obez ve üzeri	138	48,5	

4.4. ÇBASDÖ ve İBÖS'den Alınan Puanların Dağılımları

Araştırmaya katılan hastaların ÇBASD Ölçeği ve İBÖS'den aldıkları puan ortalamalarını incelediğimizde; ÇBASD Ölçeği toplam puan ortalaması $62,65 \pm 21,81$ bulundu. Alt boyutların puan ortalamaları ise; aileden $24,10 \pm 6,61$, arkadaştan $19,74 \pm 9,10$ ve özel bir kişiden $18,80 \pm 9,48$ olarak bulundu. Bu sonuçlara baktığımızda en yüksek sosyal desteğin aileden algılandığı ve yüksek olduğu, arkadaştan ve özel bir kişiden algıladıkları desteğin orta düzeyde olduğu bulundu. İBÖS'den alınan en fazla 92 puan ve en az 26 puandır. Araştırmada İBÖS'den alınan toplam puan ortalaması $70,61 \pm 11,23$ 'dür.

Tablo 4.4. ÇBASDÖ ve İBÖS'den Alınan Puanların Dağılımları (N:285)

Ölçekten alınan puan	Min.- Mak.	Ort±SS
Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı	12-84	62,65±21,81
Aileden Alınan Sosyal Destek Puanı	4-28	24,10±6,61
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	4-28	19,74±9,10
Aile ve Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Alınan Sosyal Destek Puanı	4-28	18,80±9,48
İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası	26-92	70,61±11,23

4.5.Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Sonuçları Arasındaki İlişki

Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin ÇBASDÖ ile ilişkisini incelediğimizde; Hastaların medeni durumu ile ÇBASD Ölçeğinin alt boyutlarından aile, arkadaş, özel bir bireyden algıladıkları sosyal destek ve ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Buna göre evli bireylerin bekar bireylere göre sosyal destek algısı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Eğitim durumu ile özel bir kişiden algılanan sosyal destek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Gelir durumu ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan ve aileden algılanan alt boyut sosyal destek puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Bu sonuca göre gelir durumu yüksek olanın gelir durumu düşük olana göre sosyal destek algısının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan, aile ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı saptandı ($p<0,05$). Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin sosyal destek algısı alt boyut puanları daha yüksek bulundu. ÇBASD Ölçeğinden alınan puan ortalaması ile hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, sosyal güvencesi, çocuk sayısı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.5.Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişki (N:285)

Tanımlayıcı özellikler	n	Aileden	Arkadaştan	Aile ve	ÇBASDÖ
		Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek	Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	Ort±SS
Yaş aralığı					
65 yaş ve altı	157	23,87±6,96	19,94±9,32	19,18± 9,57	62,99±22,56
66 yaş ve üstü	128	24,38±6,17	19,50±8,85	18,34±9,35	60,22±20,94
		t:0,66	t:0,41	t:0,75	t:0,30
		p:0,513	p:0,684	p:0,453	p:0,766
Cinsiyet					
Kadın	183	23,84±6,82	10,11±4,46	18,04±9,85	60,99±22,52
Erkek	102	24,56±6,23	20,88±8,33	20,17±8,65	65,60±20,24
		t:0,901	t:1,639	t:1,820	t:1,771
		p:0,369	p:0,102	p:0,070	p:0,078
Medeni Durum					
Evlü	231	24,80±6,00	20,40±8,94	19,66±9,27	64,86±20,90
Bekâr	54	21,11±8,14	16,90±9,30	15,15±9,57	53,17±23,26
		t:3,773	t:2,508	t:3,135	F:3,389
		p:0,000	p:0,014	p:0,020	p:0,001
Eğitim Durumu					
Okur-yazar olmayan	32	24,84±5,50	16,90±10,13	15,44±10,62	57,19±22,29
Okur-yazar olan	37	23,16±6,29	17,81±9,40	16,38±9,91	57,35±21,99
Ortaöğretim+lise	193	24,29±6,77	20,53±8,86	19,64±9,18	64,46±21,53
Lisans ve üstü	23	22,96±7,23	20,22±8,17	20,39±8,28	63,5652±22
		F:0,663	F:2,118	F:2,925	F:1,869
		p:0,575	p:0,098	p:0,034	p:0,135
Mesleği					
Emekli-çalışmıyor	111	23,90±7,03	19,39±9,25	18,81±9,30	62,10±22,59
Memur	12	21,17±9,28	19,76±7,79	20,08±8,05	61,00±24,71
Serbest	20	23,05±7,74	20,96±8,84	18,90±10,21	62,90±24,18
Ev hanımı	142	24,65±5,78	19,86±9,19	18,68±9,7	63,18±20,80
		F:1,319	F:0,179	F: 0,081	F:0,074
		p:0,269	p:0,911	p:0,970	p:0,974

Not: ANOVA testi için F değeri, t-test için t değeri verilmiştir.

Tablo 4.5. (Devam) Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişki (N:285)

Tanımlayıcı özellikler	n	Aileden	Arkadaştan	Aile ve	ÇBASDÖ
		Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek	Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sosyal Güvence					
Var	268	24,16±6,50	19,90±8,10	18,99±9,40	63,04±21,59
Yok	17	23,18±8,4	17,30±10,66	15,94±10,47	56,41±24,90
		t:0,472	t:0,986	t:1,169	t:1,073
		p:0,643	p:0,337	p:0,258	p:0,298
Gelir Durumu					
Geliri giderinden yüksek	32	25,06±4,41	21,47±6,71	20,90±7,51	67,44±16,76
Geliri giderinden az	113	22,63±7,89	18,18±9,43	17,27±9,52	58,08±22,84
Geliri giderine eşit	140	25,06±5,64	20,61±9,16	19,56±9,70	65,24±21,45
		F:4,75	F:2,931	F:2,740	F:4,335
		p:0,009	p:0,055	p:0,670	p:0,014
Çocuk Sayısı					
Yok	13	21,15±8,04	19,38±9,08	19,92±9,37	60,46±23,21
1-2	114	23,74±6,92	20,03±9,02	19,17±9,39	62,93±21,71
3 ve üstü	85	24,60±6,21	19,57±9,20	18,45±9,59	62,62±21,90
		F:1,929	F:0,093	F:0,283	F:0,074
		p:0,147	p:0,911	p:0,753	p:0,928
Kiminle Yaşıyor					
Yalnız	27	18,44±8,45	16,59±8,83	13,5±8,95	48,59±22,84
Eşim ile birlikte	143	23,97±6,73	19,52±9,25	19,22±9,37	62,71±21,98
Eşi ve çocuklarla birlikte	83	26,07±4,40	21,48±8,34	19,99±9,18	67,54±18,72
Diğer (çocuk, akraba vd.)	31	24,29±6,66	18,80±9,98	18,23±10,10	61,32±23,43
		F:9,97	F:2,262	F:3,415	F:5,425
		p:0,000	p:0,081	p: 0,018	p:0,001

Not: ANOVA testi için F değeri, t-test için t değeri verilmiştir.

4.6. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Sonuçları Arasındaki İlişki

Hastaların hastalığına ve tedaviye ilişkin özelliklerinin ÇBASDÖ ile ilişkisini incelediğimizde; hastaların kan basıncı ölçüm sıklığı ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan, aileden ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutunun puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Diyet yapma durumu ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan arasında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Diyet yapan bireylerin yapmayanlara göre puan ortalaması daha yüksek bulundu.

Çay kahve tüketimi ile ÇBASD ölçeği alt boyutu olan özel bir kişiden alınan puan ortalaması arasında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Hastaların ÇBASD Ölçeğinden alınan puan ortalaması ile tanı yılı, kullandıkları ilaç sayısı, ilaçlarını içme düzenleri, kontrole gitme sıklığı, alkol kullanma, sigara kullanma, egzersiz yapma, diyetin içeriği, diyet ve ilaç dışında kullandığı yöntem durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Sonuçları Arasındaki İlişki (N:285)

Hastalığına ve tedaviye ilişkin özellikler	n	Aileden	Arkadaştan	Aile ve	ÇBASDÖ
		Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek	Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Tanı yılı					
10 yıl ve altı	186	24,06±6,54	20,14±9,10	19,13±9,64	63,33±22,31
11 yıl ve üstü	99	24,16±6,78	19,00±9,09	18,19±9,17	61,35±20,89
		t:0,117	t:1,008	t:0,807	t:0,744
		p:0,907	p:0,315	p:0,421	p:0,458
Kullandığı ilaç sayısı					
1	209	23,90±6,85	19,80±9,38	18,95±9,68	62,66±22,70
2 ve üstü	76	24,63±5,91	19,58±8,34	18,41±8,94	62,62±19,30
		t:0,879	t:0,184	t:0,440	t:0,013
		p:0,381	p:0,854	p:0,660	p:0,990
İlacını nasıl içtiği					
Düzenli kullanan	253	24,21±6,45	19,72±8,99	18,74±9,42	62,66±21,48
Düzenli kullanmayan	32	23,25±7,82	19,94±10,08	19,34±10,08	62,53±24,64
		t:0,663	t:1,117	t:0,324	t:0,028
		p:0,511	p:0,908	p:0,748	p:0,978
Kan basıncı ölçüm sıklığı					
Yapmıyor	81	22,47±7,46	18,21±9,23	17,42±9,39	58,10±23,04
Her gün	51	25,55±5,33	21,78±8,87	21,43±8,90	68,76±20,80
Rahatsızlandığında	138	24,73±6,13	20,14±9,00	18,86±9,55	63,73±20,77
Haftada bir	15	22,13±8,24	17,47±9,11	16,80±10,05	56,40±23,30
		F:3,407	F:2,044	F:2,134	F:3,103
		p:0,018	p:0,108	p:0,096	p:0,027
Kontrole gitme sıklığı					
0-3 ay	179	23,80±6,76	19,97±9,10	19,20±9,38	62,98±22,03
4-12 ay	70	25,07±5,77	19,99±9,05	19,06±9,62	64,11±22,02
Gitmiyor	36	23,67±7,37	18,14±9,27	16,33±9,54	58,14±20,23
		F:1,012	F:0,640	F:1,410	F:0,948
		p:0,365	P:0,528	p:0,246	p:0,389
Sigara kullanımı					
Evet	62	24,19±6,75	20,15±9,16	19,31±9,65	63,65±22,61
Hayır	223	24,07±6,59	19,63±9,10	18,66±9,44	62,37±21,63
		t:0,126	t:0,391	t:0,466	t:0,397
		p:0,900	p:0,697	p:0,642	p:0,692
Alkol tüketimi					
Hayır	247	24,16±6,71	19,45±9,31	18,49±9,65	62,10±22,20
Evet	38	23,68±6,03	21,68±7,40	20,84±8,07	66,21±18,94
		t:0,414	t:1,415	t:1,427	t:1,216
		p:0,679	p:0,158	p:0,155	p:0,229
Çay kahve tüketimi					
1-2 fincan	88	23,50±6,67	18,03±9,14	16,52±9,29	58,06±21,28
3-5 fincan	129	23,95±6,99	20,60±8,77	19,64±9,43	64,19±22,11
6 ve üzeri fincan	68	25,16±5,70	20,32±9,47	20,18±9,41	65,66±21,28
		F:1,277	F:2,290	F:3,835	F:2,960
		p:0,280	p:0,103	p:0,023	p:0,053

Not: ANOVA testi için F değeri, T-test için t değeri verilmiştir

Tablo 4.6. (Devam) Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Sonuçları Arasındaki İlişki (N:285)

	n	Aileden	Arkadaştan	Aile ve	ÇBASDÖ
		Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek	Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	
Hastalığına ve tedaviye ilişkin özellikler		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Diyet yapma durumu					
Diyet yapmayan	186	23,79±6,90	18,96±9,57	18,00±9,86	60,75±22,70
Diyet yapan	99	24,68±6,03	21,21±7,99	20,31±8,56	66,20±19,64
		t:1,123	t:1,998	t:1,972	t:2,019
		p:0,263	p:0,047	p:0,050	p:0,044
Diyetin içeriği					
Tuzsuz	61	24,61±6,08	21,11±7,70	19,93±8,28	65,66±19,84
Az tuzlu	13	23,77±8,11	19,92±9,21	20,08±9,28	63,77±22,19
Tuzsuz ve yağsız	25	25,32±4,71	22,12±8,25	21,36±9,11	68,80±18,28
		F:0,289	F:0,330	F:0,248	F:0,337
		p:0,749	p:0,719	p:0,781	p:0,715
Egzersiz yapma durumu					
Yapmıyor	210	23,93±6,73	19,60±9,05	18,47±9,48	61,99±21,57
Yapıyor	75	24,57±6,28	20,16±9,29	19,75±9,46	64,48±22,50
		t:0,749	t:0,455	t:1,005	t:0,831
		p:0,455	p:0,650	p:0,317	p:0,407
Tansiyonu düşürmek için ilaç dışında kullandığı yöntem					
Yok	194	24,46±6,34	20,04±9,12	19,18±9,47	63,68±22,26
Var	91	23,32±7,12	19,12±9,06	18,00±9,48	60,44±20,76
(sarımsak, limon, bitkisel)		t:1,310	t:0,793	t:0,980	t:1,200
		p:0,192	p:0,429	p:0,328	p:0,232

Not: ANOVA testi için F değeri, t-test için t değeri verilmiştir.

4.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi

Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin İBÖS ile ilişkisini incelediğimizde; hastaların eğitim durumu ile İBÖS'den alınan puanlar ortalaması arasında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Ortaöğretim+lise okumuş kişilerin okur-yazar olmayanlara göre İBÖS puanları daha yüksek bulundu. İBÖS'den alınan puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvencenin varlığı, gelir durumu, çocuk sayısı ve yaşadığı kişi arasında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi(N:285)

Tanımlayıcı Özellikler	n	İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ort±SS
Yaş aralığı		
65 yaş ve altı	157	70,47±10,89
66 yaş ve üstü	128	70,80±11,58
		t:0,250 p:0,803
Cinsiyet		
Kadın	183	70,97±10,11
Erkek	102	70,00±12,93
		t:0,652 p:0,515
Medeni Durum		
Evli	232	71,21±10,84
Bekar	54	68,04±12,39
		t:1,871 p:0,062
Eğitim Durumu		
Okur-yazar olmayan	32	65,36±14,58
Okur-yazar olan	37	68,49±11,81
Ortaöğretim+lise	193	71,96±9,87
Lisans ve üzeri	23	69,74±13,35
		F:3,648 p:0,013
Mesleği		
Emekli	111	70,23±12,89
Memur	12	72,50±8,84
Serbest	20	71,45±8,25
Ev hanımı	142	70,65±10,33
		F:0,192 p:0,902
Sosyal Güvencesi Durumu		
Var	268	70,54±11,37
Yok	17	71,88±8,08
		t:0,645 p:0,526
Gelir Durumu		
Geliri giderinden yüksek	32	72,41±8,92
Geliri giderinden az	113	69,80±11,01
Geliri giderine eşit	140	70,88±11,79
		F:0,750 p:0,473
Çocuk Sayısı		
Yok	13	71,00±9,22
1-2	114	71,35±11,17
3 ve üstü	185	70,06±11,38
		F:0,444 p:0,642
Kiminle Yaşıyor		
Yalnız	27	70,44±10,93
Eşim ile birlikte	143	70,99±11,65
Eşim ve çocuklarımla birlikte	84	70,95±10,77
Diğer (çocuk, akraba vd.)	31	68,16±10,54
		F:0,576 p:0,631

Not: ANOVA testi için F değeri, t-test için t değeri verilmiştir.

4.8. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi

Hastaların hastalığına ve tedaviye ilişkin özelliklerinin İBÖS ile ilişkisi incelendiğimizde; Hastaların ilacını düzenli içme durumu, kan basıncı ölçüm sıklığı ve kontrole gitme sıklığı ile İBÖS'den alınan puanlar arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Tanı yılı, kullandığı ilaç sayısı, sigara ve alkol kullanımı, çay kahve tüketimi, egzersiz yapma durumu, diyet yapma durumu ve tansiyonu düşürmek için diyet ve ilaç dışında yöntem kullanma durumu arasında ise fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi (N:285)

Hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler	n	İlacı Bağılılık/Uyum Öz-Etkililik Ort±S.S
Tanı yılı		
10 yıl ve altı	186	70,25±10,93
11 yıl ve üstü	99	71,31±11,69
		t:0,746 p:0,457
Kullandığı ilaç sayısı		
1	209	70,61±11,38
2 ve üstü	76	70,64±10,73
		t:0,022 p:0,982
İlacını nasıl içtiği		
Düzenli kullanan	253	72,56±8,69
Düzenli kullanmayan	32	55,28±16,09
		t:9,415 p:0,000
Kan basıncı ölçüm sıklığı		
Yapmıyor	81	65,91±14,31
Her gün	51	72,33±9,66
Rahatsızlandığında	138	72,49±9,11
Haftada bir	15	73,00±6,71
		F:7,122 p:0,000
Kontrole gitme sıklığı		
0-3 ay	179	71,68±10,04
4-12 ay	70	70,41±12,30
Gitmiyor	36	65,75±13,23
		F:4,326 p:0,014
Sigara kullanımı		
Evet	62	69,31±12,31
Hayır	223	70,99±10,86
		t:0,975 p:0,332
Alkol tüketimi		
Hayır	247	71,09±10,35
Evet	38	67,61±15,43
		t:1,792 p:0,074

Tablo 4.8. (Devam) Hastaların Hastalığına ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin İBÖS ile İlişkisi (N:285)

Hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler	n	Ort±S.S
Çay kahve tüketimi		
1-2 fincan	88	69,26±11,45
3-5 fincan	129	71,47±10,72
6 ve üzeri fincan	68	70,78±11,70
		F:1,024 p:0,361
Diyet yapma durumu		
Diyet yapmayan	186	69,83±11,55
Diyet yapan	99	72,10±10,37
		t:1,634 p:0,103
Diyeti içeriği (n:99)		
Tuzsuz	61	71,08±11,84
Az tuzlu	13	71,15±10,02
Tuzsuz ve yağsız	25	75,08±5,13
		F:1,391 p:0,254
Egzersiz yapma durumu		
Yapmıyor	210	70,02±11,83
Yapıyor	75	72,31±9,02
		t:1,523 p:0,129
Tansiyonu düşürmek için diyet ve ilaç dışında kullandığı yöntem		
Yok	194	70,35±11,25
Var (sarımsak, limon, bitkisel)	91	71,20±11,10
		t:0,598 p:0,550

Not: ANOVA testi için F değeri, t-test için t değeri verilmiştir.

4.9. ÇBASDÖ ile İBÖS Arasındaki İlişki

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; Araştırmaya dahil edilen hipertansiyon hastalarının İBÖS ve ÇBASD Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizinde; İBÖS genel toplam puanı ile ÇBASD Ölçeğinin genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edildi ($r=0,04$; $p>0,05$). İBÖS'den alınan toplam puanı ile Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyut toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edildi ($r=0,01$; $p>0,05$). Aynı şekilde İBÖS genel toplam puanı ile Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutu toplam puanı ($r=0,09$; $p>0,05$) ve Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek toplam puanı arasında da anlamlılık ifade eden ilişki olmadığı saptandı ($r=0,03$; $p>0,05$).

Tablo 4.9. ÇBASDÖ ile İBÖS Arasındaki İlişki (N:285)

	ÇBASDÖ Toplam puan		ÇBASDÖ Alt Boyutları					
			Aileden Algılanan Sosyal Destek		Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek		Aile ve Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	
	r	p	r	p	r	p	r	p
İBÖS	0,04	0,482	0,01	0,924	0,09	0,135	0,03	0,615

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları üç bölümde tartışıldı. Birinci bölümünde hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ÇBASD Ölçeği ve İBÖS sonuçları arasındaki fark, İkinci bölümünde hastaların hastalığına ve tedaviye ilişkin özellikleri ile ÇBASD Ölçeği ve İBÖS sonuçları arasındaki fark üçüncü bölümde ise ÇBASD Ölçeği ve İBÖS sonuçları arasındaki ilişki tartışılmıştır.

5.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ÇBASD Ölçeği ve İBÖS sonuçları arasındaki ilişkinin tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerini incelediğimizde yaş ortalamasının $64,26 \pm 11,08$ (Tablo 4.1) olduğu bulundu. Teke'nin hipertansiyon hastalarının ilaç tedavilerine uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmadaki yaş ortalamasının çalışmamıza yakın ve $63,2 \pm 9,9$ yıl olduğu görülmüştür. (Teke 2018). Hipertansiyonla ilgili yapılan benzer çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamızdaki yaş ortalamalarından daha düşük yaş ortalaması olduğu görüldü. Kaya'nın (n=40) yeni tanı almış hipertansiyon hastalarının tuz tüketiminin saptanması amacıyla yapmış olduğu çalışmada yaş ortalamasının $51,09 \pm 11,9$ yıl olduğu (Kaya 2016), Şahin'in hipertansiyon hastalarında sağlıklı yaşam şekli davranışlarının aile işlevselliği, ÇBASDÖ ve öz yeterlilik ile olan ilişkisinin belirlenmesi için yaptığı çalışmada yaş ortalamasının $55,9 \pm 9,4$ yıl olduğu görülmüştür. (Şahin 2012). Çalışmamızdaki yaş ortalamasının daha yüksek çıkmasını araştırma yerinin yazlık bölge olması ve daha çok emekli insanların yaşadığı yer olmasına bağlayabiliriz. Denis ve diğ.'nin sosyal destek, stres ve demografik değişkenlerin hipertansiyonlu bireylerde depresyon üzerine etkisini inceledikleri çalışmada yaş ortalaması $58,3 \pm 12,2$ yıl olarak bulunmuş ve yaşın hipertansiyonun oluşumu üzerine etkisi olduğu görülmüştür. (Denis ve diğ. 2008). TEKHARF (2017) kohortuna bakıldığında da hipertansiyonun sıklığının yaş artışıyla paralel olarak arttığı ifade edilmiştir. (Onat ve diğ. 2017).

Çalışmamızda ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan ile hastaların yaşı, arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı ($p > 0,05$). Ancak, 60 yaş ve altı bireylerin sosyal destek ortalama puanları diğerlerinin puanından yüksek olduğu belirlendi. Çalışmamıza benzer olarak Güneş ve Öner (2009)'nın (n=102) kronik

hastalığa sahip kişilerde sosyal destek ve ümitsizlik durumlarını belirlemek için yaptığı çalışmada da ÇBASD Ölçeği ile yaş arasında fark anlamlı bulunmamıştır. (Güneş ve Öner 2009). Çalışmamızdan farklı olarak Şahin (2012)'in (n=151) hipertansiyon tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile aile işlevsellikleri, algıladıkları sosyal destek ve öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada ise yaş ile ÇBASD Ölçeğinin aile alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Softa ve arkadaşlarının, yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek sistemlerini ve sağlıklı yaşam şekli davranışlarının etkilendiği faktörleri inceledikleri araştırmada da yaş arttıkça sosyal desteğin azaldığı görülmüş ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi konusunda önerilerde bulunulmuştur. (Softa ve diğ. 2016). Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişilerin aileleriyle, çevresindekilerle, toplumdaki diğer insanlarla olan iletişimleri azalabilmektedir. Bu durum; eşlerin, çocukların yada çevredeki insanların desteğinin azalmasına ya da kişi tarafından böyle algılanmasına sebep olmaktadır. (Buz ve diğ. 2015).

Çalışmamızda İBÖS'den alınan puan ile hastaların yaşı arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Tümer ve diğ.'nin (n=287) hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi İBÖS ile yaş arasında fark anlamlı bulunmamıştır. (Tümer 2016). Çalışmamıza benzer şekilde hipertansiyonu olan hastalarda İBÖS'nin kullanıldığı diğer çalışmalarda da yaş ile İBÖS arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (Karadağ ve diğ. 2012; Vatansever 2014, Teke 2018). Mert ve diğ.'nin (n=91) hipertansiyonu olan hastalarda ilaç uyumunu değerlendirmek için yaptığı çalışmasında da yaş ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Mert ve diğ. 2011). Bunun yanında Edo'nun yapmış olduğu çalışmada yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyum düzeylerinin azaldığı ifade edilmiştir. (Edo 2009). Bunun sebebi olarak ta yaşlanmaya bağlı olarak fiziksel ve mental yetersizlikten dolayı hastalarda tedaviyi sürdürmede zorlanma gösterilebilir. Ayrıca ileri yaş ile birlikte farklı kronik hastalıkların görülmesi ve buna bağlı olarak kullanılan ilaç sayısındaki artışın tedaviye uyumu zorlaştırdığı söylenebilir. Lee ve diğ.'nin (n=1114) hipertansiyonu olan hastalarda antihipertansif ilaç uyumunu araştırmak amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda da yaş ile ilaç uyumu arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yaş arttıkça

ilaca uyum düzeyinin arttığı görülmüştür. (Lee ve diğ. 2013). Yaş ile birlikte ilaç kullanımına olan uyumun değişiklik göstermesinin nedeni, bireylerin kişisel bakım değerleri, ilaç kullanımının süresi gibi faktörlerle açıklanabilir.

Çalışmamızdaki hastaların %64,2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Şahin'in (n=151) yapmış olduğu çalışmada hipertansiyonlu hastaların %64,2'sini; Tümer ve diğ. (2016)'nin (n=287) çalışmasında %54,4'ünü kadınlar oluşturmuştur. (Şahin 2012; Tümer 2016). Çalışmamızda olduğu gibi yapılan araştırmalarda da çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. TEKHARF (2017) kohortuna göre de hipertansiyonun sıklığının yaş gruplarının hepsinde, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Kadınlarda hipertansiyon görülme oranının erkeklerden daha fazla olması, ev hanımlarının yaşam tarzı, genetik yatkınlık ve menapozal değişikliklerin etkisiyle açıklanabilir. (Onat ve diğ. 2017).

Çalışmamızda ÇBASD Ölçeği İBÖS'den alınan puan ortalaması ile hastaların cinsiyeti arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Softa ve diğ. (2016)'nin yaptığı araştırmada da cinsiyet ile sosyal destek arasında ilişki bulunmamıştır. Hipertansiyonla ilgili yapılan bazı çalışmalarda da çalışmamızla paralel sonuçlar elde edilmiştir. Tümer ve diğ. (2016)'nin (n=287) hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada da bireylerin cinsiyetine göre ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği/skalasından alınan puan ortalaması incelendiğinde; kadınlar ($64,73\pm 9,87$) ile erkeklerin ($64,61\pm 9,29$) aldıkları puan ortalaması arasındaki farkın bizim çalışmamızdaki gibi istatistiksel açıdan anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak, Erci ve diğ.'nin (n=197) hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği/skalasından alınan puanlar erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (Erci ve diğ. 2018). İçyeroğlu'nun (n=220) çalışmasında ise cinsiyete göre bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği/skalasından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Erkek hastaların uyumunun kadın hastaların uyumuna göre daha iyi olduğu açıklanmıştır. (İçyeroğlu 2012); Ambaw ve diğ.'nin yapmış olduğu hastaların tedaviye uyumu ve hipertansiyon ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınlarda tedaviye uyumun erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. (Ambaw ve diğ.

2012). İlaç tedavisine uyumun literatürde yurt içi ve yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda farklılık gösterdiği görülmüştür. Yurt içindeki çalışmalarda yurt dışındaki çalışmalara göre, erkeklerdeki uyumun daha yüksek olmasının nedeninin kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızdaki bulgular sonucunda hastaların %81,1'i evli olduğu ve hastaların medeni durumu ile ÇBASD Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Buna göre evli bireylerin bekar bireylere göre sosyal destek algısının daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmamıza benzer şekilde, Şahin (2012)'in ($n=151$) yapmış olduğu çalışmada da araştırmaya katılan hastalarının %80,1'nin evli olduğu ve ÇBASD Ölçeği, aile alt boyutu ve özel insan alt boyutu ortalama puanları ile evlilik süresi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. (Şahin 2012). Sosyal destek eş, aile ve arkadaş kaynaklı destek olarak tanımlanabilir. Altıparmak (2012)'in yaptığı çalışmalarda da eşi ile yaşayan kişilerin sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Altıparmak 2009). Osamar (2015)'in Güneybatı Nijerya'da sosyal destek ve hipertansiyon yönetimini araştırmak için yapmış olduğu çalışmada bekar bireylerin algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu görülmüştür. (Osamar 2015). Bu çalışmada çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmesi kültürler arası farklılar ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların %50,2'si evde sadece eşi ile birlikte yaşamaktadır. Çalışmamızda hastaların evde birlikte yaşadıkları kişi ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan ile aile ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Buna göre eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin puanları diğer değişkenlere göre daha yüksek bulundu. Yuvakgil (2017)'in yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek ve arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda da evde birlikte yaşadıkları kişilere göre ÇBASD Ölçeği toplam ve alt boyut puanları değişmemektedir ($p > 0,05$). (Yuvakgil 2017). Çalışmamıza benzer şekilde Adisa ve diğ.'nin (2017) hipertansif ve tip 2 diyabet hastalarında sosyal destek ve tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla planladıkları araştırmada, hipertansif hastaların çoğunluğu (%90) en uygun sosyal destek kaynağı olarak aile cevabını vermişlerdir (Adisa ve diğ. 2017). Fakat yaşlanmayla birlikte eş ve yakınların kaybı, çocukların

evden ayrılması, emeklilik, fiziksel ve zihinsel gerilemeler bireylerin ruhsal problemler yaşamasına ve çevresini farklı yorumlamasına neden olabilir. Hastalar eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamayınca sosyal desteği buna bağlı olarak azalabilmektedir. (Bahar ve diğ. 2005).

Çalışmamızdan farklı olarak, Güneş ve Öner (2009)'in (n=102) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %39,2'sinin eşi ile birlikte yaşadığı görülmüştür. Kronik hastalığa sahip kişilerin aileden algıladıkları sosyal destek ile ümitsizlik durumlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada aileden algıladıkları sosyal destek ile yaşadığı kişi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Güneş ve Öner 2009).

Çalışmamızda İBÖS'den alınan puan ile medeni durumu ve birlikte yaşadığı bireyler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak, Kankaya ve diğ.'nin (n=202) yapmış olduğu çalışmada ise medeni durum ve birlikte yaşadığı kişi ile ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği/skalsısından elde edilen puanlar arasında fark anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmada sadece eşi ile yaşayan hastaların diğer bakıcı ya da yalnız yaşayan hastalara göre tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür. (Kankaya ve diğ. 2017). Literatürdeki birçok çalışmada yapmış olduğumuz araştırmaya paralel olarak medeni duruma göre ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı değişiklik görülmemiştir. Hipertansif bireylerde, evli olan bireylerin tedaviye uyumu bekar olan bireylere göre yüksek tespit edilmiş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tümer ve diğ. 2016; Chudiak ve diğ. 2017; Akoko 2017). Erci ve diğ.(2018)'nin yaptıkları çalışmada ise evli olan bireylerin tedaviye uyum düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. (Erci ve diğ. 2018). Wang ve diğ. (2002)'nin (n=496) yapmış olduğu bir çalışmada da evli bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olması eşlerinden algıladıkları desteğe bağlanmaktadır. (Wang 2002). Araştırmamızdan farklı olarak yapılan çalışmalarda ise; hastaların medeni durumlarına göre hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği puanlarının istatistiksel olarak önemli fark gösterdiği ve bekar hastaların, tedaviye uyum düzeylerinin evli hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. (İçyeroğlu 2012, Gün ve Korkmaz 2014). Çalışma sonuçlarına göre; bekar hastaların, tedaviye uyum düzeylerinin daha

yüksek olmasının sebebi, özbakım sorumluluklarının artması nedeniyle kendilerine ve tedavilerine daha çok zaman ayırmak istemeleri olarak açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların %67,7'sinin ortaöğretim-lise düzeyinde eğitim aldığı görüldü. Şahin'in (n=151) çalışmasında 54,3'ü, Barutçu'nun (n=150) çalışmasında 37,3'ünün ilkokul düzeyinde eğitim aldığı belirtilmiştir (Şahin 2012; Barutçu 2011). Kolcu'nun (n=75) hipertansiyonu olan kişilerde eğitimin yaşam kalitesine, ilaca uyumuna ve hipertansiyonun kontrolüne olan etkisini tespit etmek için yapmış olduğu çalışmasında ise hastaların 54,1'inin ilkokul düzeyinde eğitim aldığı görüldü. (Kolcu 2016). Yapılan çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda eğitim seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim durumu ile ÇBASD Ölçeği, özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyut puan ortalamalarının aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptandı ($p<0,05$). Bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile stresle baş etme yöntemleri ve yaşam koşulları iyileşmektedir. Bunun sonucunda bireyin eğitiminin artmasıyla sosyal desteğinin arttığı belirtilmektedir. (Aras ve Tel 2009). Güneş ve Öner(2009)'in (n=102) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların eğitim durumu ile algıladığı sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmamızda hastaların eğitim durumu ile İBÖS'den alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Ortaöğretim+lise mezunu kişilerin okur-yazar olmayanlara göre ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği/skalası puanları daha yüksek bulundu. Çalışmamıza paralel olarak yapılmış olan bazı çalışmalarda da hastaların eğitimi ile tedaviye uyum puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. (İçyeroğlu 2012; Chudiak ve diğ. 2017). Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda tedaviye uyumun daha iyi olması hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olması şeklinde açıklanabilir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Nijerya da Osamar ve diğ.'i (n=440) tarafından yapılmış olan hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ile ilişkili faktörleri belirlemek amaçlı çalışmada ise hastaların %51,1'i okur yazar olmadığı saptanmış ve tedaviye uyum ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Osamar ve diğ. 2011).

Çalışmamızda hastaların %94'ünün sosyal güvencesi mevcut fakat ÇBASD Ölçeğinden alınan puan ortalaması ile arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı

olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Güneş (2009)'in çalışmada da hastaların sosyal güvencesi ile ÇBASD Ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak Altınparmak (2009)'ın huzurevindeki yaşlı bireylerin sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlı yapmış olduğu çalışmada sosyal güvenceye sahip olan bireylerin olmayan bireylere göre toplam sosyal destek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Altınparmak 2009).

Çalışmamızda İBÖS'den alınan puan ortalaması ile hastaların sosyal güvencesi arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı ($p>0,05$). Literatürlere baktığımızda hipertansiyon hastalarında sosyal güvence ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmadı.

Hastaların gelir durumlarının hipertansiyonu nasıl etkilediğine baktığımızda araştırmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısının (%49,1) geliri giderine eşit bulundu. Doğan ve diğ. (2012)'nin ($n=2035$) yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi yüksek olan hastalarda hipertansiyon hastalığının görülme olasılığının daha düşük olduğu görülmüştür. (Doğan ve diğ. 2012). Çalışmamızda gelir durumu ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan ve aileden algılanan sosyal destek alt boyut puan ortalamalarının aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptandı ($p<0,05$). Softa ve diğ. (2016)'nin yaşlıların algıladıkları sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimini araştırma için yapmış olduğu çalışmada da gelir durumu yüksek olanın gelir durumu düşük olana göre sosyal destek algısının daha yüksek olduğu görülmüştür. (Softa ve diğ. 2016). Güneş ve Öner (2009)'nın ($n=102$) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların gelir durumu ile ÇBASD Ölçeğinden alınan puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Güneş ve Öner 2009).

Çalışmamızda İBÖS'den alınan puan ortalaması ile gelir durumu, arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Mert(2011)'in ($n=91$) hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumlarının incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada da fark anlamlı bulunmamıştır. (Mert 2011). Kankaya ve diğ. (2017)'nin yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada da gelir durumunun tedaviye uyumu etkilediği saptanmıştır. (Kankaya ve diğ. 2017). Ayrıca birçok ülkede yapılan çalışmalarda, sağlık sistemi finans kaynaklarının hipertansiyon kontrolünü, tedaviye uyumu ve

sonucu iyileştirmede önemli bir belirleyici olduğunu göstermiştir. (Maimaris diğ. 2013; Kankaya ve diğ. 2017).

Çalışmalar arasında oluşan farklılıkların nedeni sosyal sebepler, kültürel sebepler, ekonomik nedenle ve hayat biçimine ilişkin özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.Hastaların hastalığına ve tedaviye ilişkin özellikleri ile ÇBASDÖ ve İBÖS sonuçları arasındaki ilişki

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların hastalığına ve tedaviye ilişkin özelliklerine baktığımızda hastaların % 65,3'ünün tanı alma süresi 10 yıl ve altında olduğu belirlendi. Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının tanı alma süresi ile ÇBASD Ölçeğinden alınan puan arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı ($p>0,05$). Ancak tanı yılı 10 yıldan daha az olan bireylerin ÇBASD Ölçeği puanları daha yüksek bulundu. Kronik hastalıklarda tanı yılının artmasının geleceğe dair endişelerin artmasına ve algılanan sosyal desteğin azalabilmesine neden olabileceği düşünülebilir.(Chiaranai ve diğ. 2009)

Çalışmamızda tanı alma süresi ile tedaviye uyum ölçeğinden alınan ortalamapuan arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Ancak tanı alma zamanı 11 yıl ve üzerinde hastaların İBÖS'den aldıkları puanların daha düşük olduğu bulunmuştur. Kankaya ve diğ.'nin çalışmasında ise ortalama hipertansiyon süresi ile tedaviye uyum ölçeği arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. (Kankaya ve diğ. 2017). Hipertansiyon süresi arttıkça tedaviye uyum azalmaktadır. Ancak Lee ve diğ.'nin yaptığı çalışmada ise bu ifadenin tersi bir bulgu elde edilmiştir. Tedavi süresi uzun olan hastalarda hipertansiyon hastalarının tecrübelerinin arttığı, iyi bir hekim-hasta ilişkisinin kurulduğu, hekimlerinin tavsiyelerine daha çok uydukları ve kendi sağlık durumları kontrol etmede daha fazla bilgi sahibi oldukları için uyumun daha iyi olduğu bildirilmiştir. (Lee ve diğ. 2013).

Hastaların %73,3'ü hipertansiyona ilişkin bir tane ilaç kullandıklarını, ilaç kullanan hastaların da %88,8'i ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Hastaların kullandığı ilaç sayısı ve ilaçlarını nasıl kullandıkları ile ÇBASD Ölçeğinden alınan puan arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların ilaçlarını nasıl kullandıkları ile İBÖS'den alınan puan arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Kullandığı ilaç sayısı ile İBÖS'den alınan puan arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Kankaya ve diğ.'nin çalışmasında ise kullanılan ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı bulunmuştur. (Kankaya ve diğ. 2017) Karadağ ve diğ. ($n=127$)'nin hipertansiyonu olan hastaların ilaç tedavisine uyumlarını belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada, düzenli ilaç kullananların İBÖS puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$). (Karadağ 2012).

Çalışmamızda hastaların %48,4'ü kan basıncı ölçümünü sadece rahatsızlandığında yaptıklarını ve %62,8'i 0-3 ay aralığında kontrole gittiklerini ifade ettiler. Erdem ve diğ. (2008)'inin yapmış olduğu çalışmada hastaların büyük bölümünün ilaçlarını tekrar yazdırmak için doktora gittikleri belirlenmiştir. Hastaların kan basınçlarını kontrol için değil ilaç yazdırmak için sağlık kuruluşuna başvurdukları düşünülebilir. (Erdem ve diğ. 2008). Kaya (2016)'nın ($n=40$) yeni tanı almış hipertansiyon hastalarının tuz tüketiminin saptanması amacıyla yapmış olduğu çalışmada %47,5'inin bir yıl içinde doktor kontrolünden geçtikleri görülmüştür. (Kaya 2016). Çalışmamızda hipertansif hastaların kontrole gitme sıklığının diğer çalışma sonuçlarına göre daha fazla olmasının nedenini, hastalıklarının daha çok farkında olması ve buna bağlı olarak doktor kontrollerinin daha düzenli olması şeklinde açıklayabiliriz. Çalışmamıza katılan hastaların kan basıncı ölçüm sıklığı ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan, aileden algılanan sosyal destek alt boyutunun ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Hipertansiyon hastalarının algıladıkları sosyal destek arttıkça, eş, aile ve yakın arkadaşlarına olan sorumlulukları nedeniyle hastalıklarını kontrol altına alma çabası ile kan basınçlarını düzenli kontrol ettikleri düşünülebilir. (Güneş ve Öner 2009). Fakat kan basıncı için kontrole gitme sıklığı ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Literatürlere baktığımızda kan basıncı ölçüm sıklığı ile ÇBASDÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmadı.

Çalışmamıza katılan hastaların kan basıncı ölçüm sıklığı ve kontrole gitme sıklığı ile İBÖS'den alınan puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu

($p<0,05$). İçyeroğlu (2012)'nin ($n=220$) yapmış olduğu çalışmada da hipertansiyonlu hastaların hipertansiyon kontrollerini yaptırma ve hipertansiyon eğitimi almalarının tedaviye uyumu kolaylaştırdığı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre kan basıncı değerlerini düzenli olarak kontrol ettiren bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun sigara (%78,2) ve alkol (%86,7) kullanmadıkları görüldü. Karakaş ve diğ. (2016)'nin ($n=241$) Hipertansiyonu ve astım hastalığı olan kişilerde sosyal desteğin incelenmesi için yapmış olduğu araştırmada hastaların %78,2' sinin sigara kullanmadığı görülmüştür. Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puan arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı ($p>0,05$). Çalışmamızda anlamlı bulunmamakla birlikte literatürde, sigara içen ebevenynlere yada eşe sahip olan ve sigara içenlerle düzenli olarak sosyalleşen bireylerin sigara içmeye yatkınlığının arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle, sigara içmeye yatkın sosyal ortamların, tütünle ilişkili hastalıklara yakalanma olasılığını artırdığı ifade edilmektedir. (Cockherman ve diğ. 2017).

Sigara ve alkol kullanımı ile İBÖS'den alınan puan arasındaki fark da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Busnel ve diğ.(2001)'nin ($n=945$) hipertansiyon hastalarıyla ilgili yapmış olduğu çalışmada sigara içen hastaların tedaviye uyumu daha düşük bulunmuştur. İçyeroğlu (2012)'nin ($n=220$) yapmış olduğu çalışmada çalışmamızdan farklı olarak sigara kullanmayanların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların kullananlara göre fazla olduğu, bununda istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kamran ve diğ'nin (2014) ($n=671$) hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda da, sigara kullanan hipertansif hastaların tedaviye uyumunun kullanmayanlara oranla daha iyi ve aradaki farkın da anlamlı olduğu ($p<0,05$) sonucuna varılmıştır. (Kamran ve diğ. 2014)

Çalışmamızda hastaların %45,3'ünün günlük 3-5 fincan çay ve kahve tükettiği belirlenmiştir. Çay kahve tüketimi ile ÇBASD Ölçeği toplam ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutunun puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Çalışmamızda hastaların çay kahve tüketimi ile İBÖS Ölçeğinden alınan toplam puan arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmadı ($p>0,05$). Yapılmış olan diğer çalışmalara baktığımızda, İçyeroğlu (2012)'nin ($n=220$) yapmış olduğu çalışmada kahve içen hastaların tedaviye uyum leğinden aldıkları ortalama puanların; içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamli olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların %34,7'sinin diyet yaptığı, diyet yapanların %61,6'sının tuzsuz diyet yaptığı belirlendi. Diyet yapma durumu ile BASD leğinden alınan toplam puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulundu ($p<0,05$). Diyet yapan bireylerin yapmayanlara göre puan ortalaması daha yüksek bulundu. Bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları için sosyal destek ağları önem arz etmektedir. Sosyal desteği iyi düzeyde olan bireyler, sağlıklarını korumak ve geliştirmek için diyet yapma gibi durumlara daha fazla önem vermektedir. (Polat ve Kahraman 2013).

Diyet yapma durumu ile İBS'den alınan toplam puan arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamli bulunmadı ($p>0,05$). Vatansever ve diğer. (2014)'nin ($n=94$) hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada diyetine uyan hastaların tedaviye uyumlarının, diyetine uymayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu alışma sonucunda tedavisi ile uyumlu olan bireylerin diyetlerine uyum konusunda daha az zorlandıkları söylenebilir. Mohammad ve diğer.'nin (2015) hipertansif hastalarda ilaç uyumunun değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada da ($n=210$) diyet yapma durumu ile tedaviye uyum arasında anlamli fark bulunmuştur. (Mohammad ve diğer. 2015).

Çalışmamızda hastaların çoğunluğu (%73,7) egzersiz yapmadığını ve %68,1'i ise tansiyonunu düşürmek için diyet ve ilaç dışında herhangi bir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Ayrıca egzersiz yapma durumu ile BASD leği ortalama puanları arasında anlamli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşlı kadınlarda algılanan sosyal destek ve önleyici sağlık davranışlarının araştırıldığı ($n=671$) bir çalışmada ise bireylerin arkadaştan algılanan sosyal destek ile egzersiz davranışı arasında anlamli fark olduğu ($p<0,05$) ve arkadaşlarından destek arttıka fiziksel aktivite düzeyinin arttığı sonucuna varılmıştır. (Harvey ve Alexander 2012).

Hastaların egzersiz yapma durumu ile İBS puanları arasında anlamli fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan bazı çalışmalarda da egzersiz yapma ile tedaviye

uyum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Altıparmak 2009; Mert ve diğ. 2011). Kamran ve diğ. (2014)'nin hipertansif hastalarda ilaç uyumuna etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada ise egzersiz yapma durumu ile ilaç uyumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). (Kamran ve diğ.2014).

5.3. ÇBASDÖ Sonuçları ile İBÖS Sonuçları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Hipertansiyonlu hastalarda sosyal destek algısı ile tedaviye uyumun ilişkisini incelemek amacıyla yapmış olduğumuz çalışmada ÇBASD Ölçeğinin toplam puan ortalaması $62,65\pm 21,81$, alt puan ortalamalarının ise aileden algılanan $24,5\pm 6,17$, arkadaştan algılanan $19,74\pm 9,10$ ve özel bir kişiden algılanan $18,80\pm 9,48$ olarak bulundu. Bu sonuçlara baktığımızda aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu, arkadaştan ve özel bir kişiden algılanan desteğin de orta düzeyde olduğu, ÇBASD Ölçeğinden alınan toplam puanın ise orta düzeyden biraz yüksek olduğu belirlendi. Çalışmamızda hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puanının diğer alt boyutlara göre daha yüksek çıkmasının nedenini hastaların büyük bölümünün evli ve eşleri ile birlikte yaşamalarına bağlayabiliriz.

Kronik hastalık ve sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalarda; Barutçu (2011)'nin ($n=150$) sosyal destek ile yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ölçeğin toplam puan ortalaması $49,34\pm 17,57$, aileden algıladıkları sosyal destek ölçeği puan ortalaması $24,25\pm 6,17$ ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması $12,75\pm 8,16$, özel bir kişilerden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının $12,33\pm 7,81$ olduğu görülmüştür. Hastaların sosyal desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığı sonucu bulunmuştur. Barutçu'nun çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak en yüksek puan aileden aldıkları sosyal destek ölçeği puanıdır. Çalışmada bu sonucun hastaların çoğunluğunun evli ve çocukları ile birlikte yaşamasından kaynaklanabileceği açıklanmıştır.

Yuvakgil (2017)'in yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $59,04\pm 15,28$ olduğu bulunmuştur. ÇBASD Ölçeği sosyal destek alt boyut puan ortalamasının aileden $24,79\pm 4,98$, arkadaştan $16,82\pm 8,01$, özel bir kişiden $17,41\pm 7,39$ olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunda (%85,1) bir kronik hastalık bulunmaktadır. Çalışmamıza paralel olarak ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının orta seviyede olduğu bulunmuştur.

Softa ve diğ. (2016) yapmış oldukları çalışmada da algılanan sosyal destek ve sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları arasında olumlu yönde bir sonuç tespit edilmiştir. Sosyal destek sistemleri iyi olan yaşlıların daha sağlıklı yaşam biçimine sahip olduğu söylenmiştir.

Özvurmaz'ın yaşlı bireylerde yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada yaşlıların tamamına yakınında (%90,8) bir kronik hastalık mevcuttur. Yaşlıların %86,1'inin sürekli kullandığı ilaçları bulunmaktadır. Aynı çalışmada araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ÇBASD Ölçeği puan ortalaması $62,39 \pm 19,21$ 'dir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları aile alt boyutu puan ortalaması $21,33 \pm 6,39$, arkadaş alt boyutu puan ortalaması $20,96 \pm 6,49$ ve özel bir insan alt boyutundan alınan puan ortalaması $20,12 \pm 7,00$ 'dir. Araştırma sonucunda elde edilen puanlar bizim çalışmamıza benzerdir. Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin ÇBASD Ölçeği toplam puanının yüksek olması algılanan sosyal desteğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde aile alt boyutu ortalama puanlarının daha yüksek olmasını yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%62,8) evli olmasına bağlanmıştır. (Özvurmaz 2018). Gümüş ve diğ.(2015)'nin yaptığı karı koca arasındaki problemleri çözme becerisi ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında yüksek düzeyde, pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. (Gümüş ve diğ. 2015).

Polat ve Kahraman (2013)'in yaşlıların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapmış oldukları çalışmada yaşlı bireylerin algıladıkları genel sosyal destek puan ortalaması ile sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak aynı çalışmada yaşlı bireylerin %53'ünün hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı gibi fiziksel rahatsızlıkları olduğu belirtilmişve ÇBASD Ölçeği puanı bizim çalışmamıza benzer şekilde ($63,91 \pm 14,39$) yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamıza benzer şekilde aileden algılan sosyal destek puanı da diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuş olup bireylerin %43'ü evlidir.

Amerika’da hipertansif hastalarda sosyal destek, stres ve seçilmiş demografik özelliklerin depresyonla ilişkisini incelemek amacıyla Dennis ve diğ. (2008)’nin (n=194) yapmış olduğu çalışmada sosyal destek ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bell ve diğ. (2010)’nin ırk ile hipertansiyon arasındaki ilişkinin sosyal destek düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin siyahlar arasında hipertansiyon üzerine faydalı etkilerinin olabileceğini düşündürmekle birlikte, sosyal desteğin hipertansiyondaki etnik farklılıklara olası etkilerinin henüz belli olmadığı tespit edilmiştir. (Bell ve diğ. 2010).

Çalışmamızda İBÖS Ölçeği puan ortalaması 70,61±11,23 olarak bulundu. Tümer ve diğ. (2016)’nin yapmış olduğu çalışmada aynı ölçeğin puan ortalaması 64,67±9,59, Karadağ ve diğ. (2012)’nin aynı ölçekle yapmış oldukları çalışmada ise puan ortalaması 59,00±12,40, Vatansever ve Ünsar’ın (2014) yapmış olduğu çalışmada 71,6±3,6 olarak bulunmuştur. İBÖS’den 26-78 arasında toplam puan elde edilmektedir. İlaça bağlı öz-etkililik ölçeğinden alınan puanın yüksek olması hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunun iyi bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdaki İBÖS puan ortalamasının yüksek olmasını hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olmalarına bağlayabiliriz.

Tedaviye uyumla ilgili yapılmış olan diğer çalışmalara baktığımızda da çeşitli sonuçlar bulunmuştur. Koruk (2019)’un esansiyel hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların yaşam doyumu ve ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik durumu arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde zayıf bir ilişki bulunmuş ($r=0,154$, $p=0,00$), hastaların tedaviye uyumları arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı şeklinde yorumlanmıştır. (Koruk 2019). Erci ve diğ. (2018)’nin hipertansiyonu olan kişilerin tedavi uyumu ile kaliteli yaşamını etkileyen sebeplerin belirlenmesi amaçlı yapmış olduğu çalışmada hastalarının İBÖS ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (Erci ve diğ. 2018). Benzer bir çalışma olan Mollaoğlu ve diğ.’nin(2015) (n=120) hipertansif hastalarda tedaviye uyum ve yaşam kalitesini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada da ilaç uyumu, öz yeterliliği ve yaşam kalitesi arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup tedaviye uyum arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır. (Mollaoğlu ve diğ. 2015).

Aynı şekilde İçyeroğlu'nun (2012) yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumu ile yaşam kalitesi arasında önemli ve olumlu yönde kuvvetli ilişkinin olduğu, tedaviye uyum sağladıkça yaşam kalitesinde de olumlu yönde bir artış tespit edilmiştir.

Çalışmamızın sonucunda sosyal destek algısı ve tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($r=0,04$; $p>0,05$). Bu da sosyal destek algısı yüksek olan hastaların ilaca bağlılık, uyumlarının yüksek olamayabileceğini de göstermektedir. Sosyal destek algısı ve tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasını özellikle ölçeğin toplumlara göre farklı algılanmasına, kültürel sebepler ve toplumların hayat biçimlerinin değişikliğine bağlayabiliriz. Çalışmamıza benzer şekilde Adisa ve diğ.'nin yapmış olduğu çalışmada da tedaviye uyum durumu ve aile desteğine erişimi olan veya olmayan hipertansif katılımcıların tedavi sonuçları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Adisa ve diğ. 2017). Osamar(2015)'in Nijerya'da yapmış olduğu çalışmada ise sosyal destek ile hipertansiyon tedavisine uyum arasında güçlü bir ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Hu ve diğ.'nin (2015) Çin yerel toplumunda aile sosyal destek, depresyon, anksiyete ve öz yeterlilik ile spesifik hipertansiyon öz bakım davranışlarının ilişkisini araştırmak amacıyla 318 hasta ile yaptıkları çalışmada, aile sosyal desteği ile ilaç uyumu arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışma sonucunda hipertansiyon kontrolünü iyileştirmek için aile sosyal desteğini iyileştirme stratejileri geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir. (Hu ve diğ. 2015).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hipertansiyon hastalarının sosyal destek algısı ve tedaviye uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış olan çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

- ✓ Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortalamasının $64,26 \pm 11,08$ (min.-mak.:25-100), %64,2'sinin kadın, %81,1'inin evli, %50,2'sinin eşi ile birlikte yaşadığı ve %67,7'si ortaöğretim-lise düzeyinde eğitim almış olduğu belirlendi.
- ✓ Araştırmaya katılanların, %65,3'ünün tanı alma süresi 10 yıl ve altında, %73,3'ünün hipertansiyona ilişkin bir tane ilaç kullandığı, ilaç kullanan hastaların %88,8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %48,4'ünün kan basıncı ölçümünü sadece rahatsızlandığında yaptığı ve %62,8'inin 0-3 ay aralığında kontrole gittiği belirlendi.
- ✓ Hastaların çoğunluğunun sigara (%78,2) ve alkol (%86,7) kullanmadığı ve %45,3'ü günlük 3-5 fincan çay ve kahve tükettiği, %34,7'sinin diyet yaptığı, diyet yapanların %61,6'sının tuzsuz diyet yaptığı, çoğunluğunun (%73,7) egzersiz yapmadığı ve %68,1'inin ise tansiyonunu düşürmek için diyet ve ilaç dışında herhangi bir yöntem kullanmadığı belirlendi.
- ✓ Hastaların sistolik kan basınçları ortalaması $132,25 \pm 17,32$ diastolik kan basınçları ortalaması $78,81 \pm 9,52$ ve BKİ'leri ortalaması ise $30,92 \pm 5,41$ olarak belirlendi. Ayrıca BKİ sınıflandırılmasına göre incelendiğinde hastaların %48,5'i obez ve üzeri olduğu görüldü.
- ✓ ÇBASD Ölçeği toplam puan ortalaması $62,65 \pm 21,81$, aileden aldığı sosyal destek ölçeği puan ortalaması $24,10 \pm 6,61$ olarak bulundu. Arkadaştan aldığı sosyal destek puan ortalaması $19,74 \pm 9,10$, özel bir kişiden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ise $18,80 \pm 9,48$ 'dir. Bu sonuçlara göre aileden algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu, arkadaştan ve özel bir kişiden algıladıkları desteğin orta düzeyde olduğu, ÇBASDÖ alınan toplam puanın ise orta düzeyden biraz yüksek olduğu bulundu.

- ✓ Araştırmada İBÖS'den alınan toplam puan ortalaması $70,61 \pm 11,23$ olarak bulundu. Burada tedaviye uyumun orta düzeyden daha yüksek olduğu görüldü.
- ✓ Evli bireylerin bekar bireylere göre sosyal destek algısı toplam ve alt boyut daha yüksek olduğu görüldü.
- ✓ Eğitim durumu ile özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutunun puan ortalamaları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$).
- ✓ Gelir durumu ile ÇBASDÖ'den alınan toplam puan ve aileden algılanan sosyal destek alt boyut puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$).
- ✓ Çalışmaya katılan kişilerin birlikte yaşadıkları kişi ile ÇBASD Ölçeğinden alınan puan, aile ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyut puan ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin sosyal destek algısı alt boyut puanları daha yüksek bulundu.
- ✓ Hastaların kan basıncı ölçüm sıklığı ile ÇBASD Ölçeğin, aileden algılanan sosyal destek ölçeği ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$).
- ✓ Diyet yapma durumu ile ÇBASDÖ'den alınan toplam puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Diyet yapan bireylerin yapmayanlara göre puan ortalaması daha yüksek bulundu.
- ✓ Çay kahve tüketimi ile özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutunun puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).
- ✓ Hastaların eğitim durumu ile İBÖS'den alınan puan istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Buna göre Ortaöğretim+ lise mezunu kişilerin okur-yazar olmayanlara göre İBÖS puanları daha yüksek bulundu.
- ✓ Hastaların ilacını düzenli içme durumu, kan basıncı ölçüm sıklığı ve kontrole gitme sıklığı ile İBÖS'den alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$).
- ✓ Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının İBÖS toplam puanı ile ÇBASD Ölçeğinin toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($r = 0,04$; $p > 0,05$).

6.1. Öneriler

Araştırma sonuçlarımız doğrultusunda;

- ✓ Sağlık profesyonelleri tarafından; hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumun artırılması için sosyal desteğin öneminin hasta ve hasta yakınlarına anlatılması,
- ✓ Sağlık davranışlarının iyileştirilmesi için sosyal ağların (örneğin akran grupları, kültürel gruplar) kullanımının arttırılması,
- ✓ Hipertansiyonun kontrol altına alınmasına, komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik etkili tedavi yöntemleri ve yaşam biçimi değişiklikleri konusunda hastaların ve toplum bilinçlendirilmesi,
- ✓ Çalışmamıza benzer çalışmaların daha geniş örneklem gruplarıyla yapılması,
- ✓ Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin bizim toplumumuza uygun olacak şekilde revize edilerek geliştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- ADİSA, R., OLAJİDE, O.O., FAKEYE, T.O. 2017. Social Support, Treatment Adherence and Outcome among Hypertensive and Type 2 Diabetes Patients in Ambulatory Care Settings in southwestern Nigeria. *Ghana Med J* 2017; 51(2): 64-77.
- AHMED, N., ABDUL, K.M., ŞAH, S.H., ANWAR, W. 2008. Compliance to antihypertensive drugs, salt restriction, exercise and control of systemic hypertension in hypertensive patients at Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 20(2):66-9
- AKÇA, D. 2015. İlköğretim anabilim dalı verilen bir eğitimle hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum durumlarının değerlendirilmesi. T.C Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tez. Kars.
- AKDEMİR, N., BİROL, L. 2011. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 3. Baskı. sy:193-199
- AKOKO, B.M., FON, P.N., NGU, R.C., & NGU, K.B. 2017. Knowledge of hypertension and compliance with therapy among hypertensive patients in the Bamenda Health District of Cameroon: a cross-sectional study. *Cardiology and therapy*. 6(1): 53-67
- AL-RAMAHI, R. 2015. Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 5(2):125-32.
- ALTUN, B., ARICI, M., NRGİZOĞLU, G., KARATAN, Ö., TURGAN, C., SİNDEL, S., ERBAY, B., HASANOĞLU, E., ÇAĞLAR, S. 2005. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 23 (10): 1817-23
- ALTUN, B., SÜLEYMANLAR, G., UTAŞ, C., ARINSOY, T., ATEŞ, K., ECDER, T., CAMSARI, T., SERDENGEÇİ, K. 2012. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: results from the CREDIT study. *Kidney Blood Press Res*. 36(1):36-46.
- ALİYEV, R., TUNÇ, E. 2017. Ortaokul Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Benlik Algılarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 21(2):401-418
- ALTIPARMAK, S. 2009. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doymu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*. 23 (3): 159-164

- AMBAW, A. D., ALEMİE, G. A., & MENGESHA, Z. B. 2012. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC public health*. 12(1):282
- ARAS, A., TEL, H. 2009. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Tur Toraks Der.* (10):63-8
- ARDAHAN, M., 2006. Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2):68-75
- ARICI, M., BİRDANE, A., GÜLER, K., YILDIZ, O.Y., ALTUN, B., ERTÜRK, Ş., AYDOĞDU, S., ÖZBAKKALOĞLU, M., ERSÖZ. H.Ö., SÜLEYMANLAR, G., TÜKEK, T., TOKGÖZOĞLU, L., ERDEM, Y., TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ, TÜRK İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEĞİ, TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA DERNEĞİ, TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ, TÜRK HİPERTANSİYON ve BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ. 2015. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. *Arch Turk Soc Cardiol*. 43(4):402-409
- AYDIN, Z., ÖZTÜRK, S. 2014. Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*. 52(4):251-255
- AYPAK, C., ÖNDER, Ö., DİCLE, M., YIKILKAN, H., TEKİN, H., GÜRPELİOĞLU, S. 2013. Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Kontrol Düzeylerinin ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 38 (2):224-232
- AYYILDIZ, Y., DEMİRLİ, Y. 2015. Obezite Vergisine İlişkin Halkın Düşünceleri: Türkiye’de Bir Alan Araştırması. *Business and Economics Research Journal*. 6(2): 59-78
- BAHAR, A., TUTKUN, H., SERTBAŞ, G. 2005. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. (6):227-239
- BARUTÇU, C.D. 2011. Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- BELL, C.N., THORPE, R.J., LAVEİST, T.A. 2010. Race/Ethnicity and Hypertension: The Role of Social Support. *Am J Hypertens*. 23:534-540
- BEZERRA, A.S., LOPES. L., BARROS, A.L. 2014. Adherence of hypertensive patients to drug treatment. *Rev Bras Enferm*. 67(4):550-5

- BUZ,S., BEYDİLİ, E. 2015. Ankara örneğinde yalnız yaşayan yaşlı kadınların gereksinimleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 8(37): 557- 570
- BUSNEL, R.G., MELCİHOR, R., FACCİN, C., R, VETTORİ, D., PETTER, J., MOREİRA, L.B., FUCHS, F.D. 2001. Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq Bras Cardiol*. 76: 352-4
- CİNGİL, D., DELEN, S., AKSUOĞLU, A. 2009. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk KardiyolDern Arş*. 37(8):551-556
- CHİARANAİ, C., SALYER, J., BEST, A. 2009. Self-Care and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Thai J Nurs Res*. 13(4): 302 – 317
- CHOW, C.K., TEO, K.K., RANGARAJAN, S., ISLAM,S., GRUPTA, R., AVEZUM, A., BAHONAR, A., CHİFAMBA, J., DAGENAİS, G., DİAZ, R., KAZMİ, K., LANAS, F., WEİ, L., LOPEZ-JARAMİLLO, P., FANGHONG, L., ISMAİL, N.H., PUOANE, T., ROSENGREN, A., SZUBA, A., TEMİZHAN, A., WİELGOSZ, A., YUSUF, R., YUSUF, A., YUSUFALİ, A., MCKEE, M., LİU, L., MONY, P., YUSUF, S. 2013. FPrevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income CountriesAuthor Affiliations Article Information. *JAMA*. 310(9):959-968
- CHUDİAK, A., JANKOWSKA-POLANSKA, B., UCHMANOWİCZ, I. 2017. Effect of frailty syndrome on treatment compliance in older hypertensive patients. *Clinical Interventions in Aging*.12:805–814
- COCKERHAM, W.C., HAMBY, B.W., OATES, G.R. 2017. The social determinants of chronic disease. *Am J Prev Med*. 52(1):5-12
- ÇELİK, C., ÖZDEMİR, B. 2010. Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.2(1):52-65
- DASKALOPOULOU, S.S., RABİ, D.M., ZARNKE,K. B., DASGUPTA, K., NERENBERG, K., CLOUTİER, L., GELFER, M., LAMARRE-CLICHE, M., MİLOT, A., BOLLİ, P., MCKAY, D.V., TREMBLAY, G., MCLEAN, D., TOBE, S.V., MD, RUZİCKA, M., BURNS, K.D., VALLEE, M., PRASAD, R., LEBEL, M.,FELDMAN, R.D., SELBY, P., PİPE, A., SCHİFFRİN, E.L., MCFARLANE, P.A., OH, P., HEGELE, R.A., KHARA, M., WİLSON, T.W., PENNER, S.B., BURGESS, E., HERMAN, R. J., BACON, S.L., RABKİN, S.W., GİLBERT, R.E., CAMPBELL, T.S., GROVER, S., HONOS, G., LİND SAY, P., HİLL, M.D.,

- COUTTS, S.B., GUBITZ, G., CAMPBELL, N.R., MOE, G.W., HOWLETT, J.G., BOULANGER, J.M., PREBTANI, A., LAROCHELLE, P., LEITER, L.A., JONES, C., OGILVIE, L.I., WOO, V., KACZOROWSKI, J., TRUDEAU, L., PETRELLA, R.J., HIREMATH, S., STONE, J.A., DROUIN, D., LAVOIE, K.L., HAMET, P., FODOR, G., GREGOIRE, J.C., FOURNIER, A., LEWANCZUK, R., DRESSER, G.K., SHARMA, M., REID, D. 2015. The 2015 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*. 31: 549-568
- DENNIS, J.P., MARKEY, M.A., JOHNSTON, K.A., VANDER WAL, J.S., ARTINIAN, N.T. 2008. The Role of Stress and Social Support in Predicting Depression Among a Hypertensive African American Sample. *Heart Lung*. 37(2): 105–112
- DOĞAN, N., TOPRAK, D., DEMİR, S. 2012. Afyonkarahisar ilinde erişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Anadolu KardiyolDerg*. 12: 47-52
- ESC/ECH Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013. Erişim tarihi: 9.6.2018.
(https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf.)
- ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Kılavuzu 2007. Erişim tarihi: 9.6.2018.
(https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_35_70_1_75.pdf.)
- EDO, T.A. 2009. Factors Affecting Compliance with Anti-Hypertensive Drug Treatment and Required Lifestyle Modifications among Hypertensive Patients on Praslin Island. Yüksek Lisans Tezi. Pretoria: University of South Africa. HealthStudies.
- EKER, D., ARKAR, H., YALDIZ, H., 2001. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(1):17-25
- ERCİ, B., ELİBOL, M., AKTÜRK, B. 2018. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26(2): 79-92
- ERDEM, Y., ARICI, M., ALTUN, B., TURGAN, C., SINDEL, Ş., ERBAY, B., DERICI, U., KARATAN, O., HASANOGLU, E., CALI CAGLAR, C. 2010. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Pressure*. 19: 313–318

- ERDEM, A., YILMAZ, M.B., GÜRLEK, A., SARIKAYA, S., YONTAR, Ö.C., YILMAZ, A., TANDOĞAN, İ. 2008. Hipertansiyon Tedavisindeki Başarısızlığın Nedenlerinin Araştırılması: Reçetelere Bir Bakış. *MN Kardiyoloji*. 15(1):44-47
- EZZATİ, M. 2017. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet*. 389: 37–55
- GÜLLÜ, S. 2018. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Sy:7-11
- GÜN, Y., KORKMAZ, M. 2014. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 7 (2):98-108.
- GÜN, Y. 2012. Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedavi uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta.
- GÜNEŞ, Z., ÖNER, H. 2009. Kronik hastalığı olan bireylerin aileden aldıkları sosyal destek ve ümitsizlik durumları. İ.Ü.F.N. *Hemşirelik Dergisi*. 17(1):24-31
- GÜMÜŞ, H., BAKANLIĞI, A., & MERKEZİ, A. P. E. 2015. The Married Individuals With Perceived Social Support Level Relationship Between Life Satisfifaction and Problem Solving Skills. *Journal of Research In Education and Teaching*. 4(3):150-62
- HACIHASANOĞLU, R., GÖZÜM, S. 2009. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8:129–136
- HACIHASANOĞLU, R. 2009. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *ReviewArticle TAF PreventiveMedicineBulletin*. 8(2):167-172
- HACIHASANOĞLU, R. 2015. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 6(11):151-159
- HARVEY, I., ALEXANDER, K. 2012. Perceived Social Support and Preventive Health Behavioral Outcomes among Older Women. *J Cross Cult Gerontol*. 27(3): 275–290.
- HATEMİ, H. 2013. Endokrin hipertansiyonun tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics. 6(3): 1-2

- HOULE, S., PADWAL, R., POIRIER, L., TSUYUKI, R.T. 2014. The 2014 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) guidelines for pharmacists: An update. *Canadian Pharmacists Journal* 147(4):203-208.
- HU, H., LI, G., Arao T. 2015. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension*. 29:198–203
- İÇYEROĞLU, G. 2012. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. T.C. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta.
- JAMES, P.A., OPARIL, S., CARTER, B.L., CUSMAN, W.C., DENNISON-HIMMELFARB, C., HANDLER, J., LACKLAND, D.T., LEFEVRE, M.L., MACKENZIE, T.D., OGEDEGBE, O., SMITH, S.C., SVETKEYL.P., TALER, S.J., TOWNSEND, R.R., WRIGHT, J.T., NARVA, A.S., ORTIZ, E. 2014. 2014 Sekizinci Ortak Ulusal Komiteye Atanan Panel Üyelerinden Yetişkinler Raporunda Yüksek Tansiyon Yönetimi İçin Kanıta Dayalı Kılavuz (JNC 8). *JAMA*. 311 (5): 507-520. Erişim tarihi: 14.08.2018. ([<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.284427>]).
- KAMRAN, A., AHARİ, S.S., BİRİA M., A., HEYDARİ, H. 2014. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. *Ann Med Health Sci Res*. 4(6): 922–927
- KANKAYA, H., ÖZER, S., KORKMAZ, M., KARABULUT, Ö.G., KURT, E.A. 2017. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 33(3):1-10
- KARADAĞ, E., AKKUŞ, Y., KARATAY, G. 2012. Bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 28(3): 85-96
- KARAGÖZ, Y. 2014. SPSS Uygulamalı Biyoistatistik. 1. Baskı. Ankara, Nobel. s:150-153
- KARAKAŞ, A.S., KARABULUT, E.Y., AKYIL, R.Ç., ERDEM, N., TURAN, G.B. 2016. Hipertansiyon ve Astım Hastalarında Aleksitimi ve Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 7(2):68–74
- KAYA, G.E. 2016. Yeni tanı almış hipertansiyon hastalarının tuz tüketiminin saptanması. T.C. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

- KERRY, Z. 2015. Yaşlılarda doğru ilaç kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*. 54:62-73
- KILIÇ, M., UZUNÇAKMAK, T. 2016. Hipertansiyon hakkındaki eğitimin hipertansiyon kontrolüne etkisi. The Effect of Hypertension Education On Hypertension Control. *Bozok Tıp Dergisi*. 6(1):13-19
- KLİNE, R.B. 2011. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Guilford Press, New York.
- KOÇ, F. 2016. Tuz Tüketimi ve Sol Ventrikül Hipertrofisi İlişkisi. *Hipertansiyon Haber Bülteni*.18-20
- KOLCU, M., ERGÜN, A. 2016. Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *HSP*. 3(3):234-241
- KOLCU, M. 2016. Hipertansiyonu olan yaşlılara yönelik eğitimin yaşam kalitesi, ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisi. T.C. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.
- KORKUT, F. 2002. Lise Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 23:177-184
- KORUK, E. 2019. Eesansiyel hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Aydın
- KROUSEL-WOOD, M., ISLAM, T., WEBBWE, L.S., RE, R.N., MORİSKY, D.E., MUNTNER, P. 2009. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 15 (1): 59-66
- LEE, G.K., WANG, H.H., LİU, K.Q., CHEUNG, Y., MORİSKY, D.E. , WONG, M.C. 2013. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*. 8: 62775
- LETT, H. S., BLUMENTHAL, J. A., BABYAK, M. A., STRAUMAN, T. J., ROBINS, C., SHERWOOD, A. 2005. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine*.67:869 – 878
- MAİMARİS, W., PATY, J., PEREL, P., LEGİDO-QUİGLEY, H., BALABANOVA, D., NİEUWLAAT, R., MCKEE, M. 2013. The influence of health systems on hypertension awareness, treatment, and control: a systematic literature review. *PLoS medicine*. 10(7)

- MANAL, İ., MAHMOUD, H. 2012. Compliance with treatment of patients with hypertension in Almadinah Almunawwarah: A community-based study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 7(2): 92–98
- MANCÍA, G., FAGARD, R., NARKIEWICZ, K., REDON, J., ZANCHETTÌ, A., BÖHM, M., CHRISTIAENS, T., CÍFKOVA, R., BACKER, D.E., DOMINICZAK, A., GALDERISI, M., GROBBEE, D.E., JAARSMA, T., KIRCHHOF, P., KJELDSSEN, S.E., LAURENT, S., MANOLIS, A.J., NILSSON, P.M., RUILOPE, L.M., SCHMIEDER, R.E., SİRNES, P.A., SLEIGHT, P.A., VIIGIMAA, M., WAEBER, B., ZANNAD, F. 2013. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 34(28): 2159-2219
- MERT, H., ÖZÇAKAR, N., KURUOĞLU, E. 2011. Multidisipliner bir özel çalışma araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Hekim Dergisi*. 15(1):7-12
- MOHAMMAD, Y., AMAL, A.H., SANA, A., SAMAR, R., SALAM, Z., WAFI, B., MAYSSAM, B.Z., MAYA, E.H. 2015. Salameh Pascale Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. *JEpidemiol Glob Health*. 6(3):157-67
- MOLLAOĞLU, M., SOLMAZ, G., MOLLAOĞLU, M. 2015. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clinica Croatica*. 54(4):438-443
- OGEGEBE, G., MANCUSO, C. A., ALLEGRANTE, J. P., CHARLSON, M. E. 2003. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of clinical epidemiology*. 56(6):520-529.
- OKTAN, V. 2005. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 21:183-192
- ONAT, A., CAN, G., YÜKSEL, H., ADEMOĞLU, E., ÜNALTUNA, N.E., KAYA, A., ALTAY, S. 2017. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. ONAT A, Editör. Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. İstanbul. Logos Yayıncılık .s: 104-119
- OSAMOR, P.E., OWUMÍ, B.E. 2011. Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest POPUL Nigeria. *J Health Popul Nutr*. 29(6): 619-628

- OSAMOR, P.E. 2015. Social support and management of hypertension in South-west Nigeria. *Cardiovascular journal of Africa*. 26(1): 29
- ÖZPANCAR, N. 2016. Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(1):2-11
- ÖZVURMAZ, S. 2018. Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Düzeyleri ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2(3):118-12
- POLAT, Ü., KAHRAMAN, B.B. 2013. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi* 18(4):213-218.
- SAVCI, A. 2006. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler.Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- SOFTA, H.K., BAYRAKTAR, T., UĞUZ, C. 2016. Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler.*Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*.9(1):1-12
- ŞAHİN, P. 2012. Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aile işlevselliği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik ile ilişkisinin incelenmesi. T.C. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Sağlık Psikolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- ŞENGÜL, Ş.,AKPOLAT, T., ERDEM, Y., DERİCİ, U., ARICI, M., SİNDEL, Ş., KARATAN, O., TURGAN, Ç., HASANOĞLU, E., ÇAĞLAR, S., ERTÜRK, Ş. 2016. Türkiye'de 2003'ten 2012'ye kadar hipertansiyon prevalansı, farkındalık, tedavi ve kontrol oranlarındaki değişiklikler. *J Hypertens* . 34 (6): 1208-1217.
- TAN, M., KARABULUT, E. 2005. Social Support And Hopelessness İn Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing*. 28: 236-240
- TEKE, NUR. 2018. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Konya.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). 2016. Ölüm nedenleri istatistikleri. Erişim tarihi: 9.6.2018. ([<http://www.tuik.gov.tr/>]).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). 2017.TÜİK OBEZ.Erişim tarihi: 9.8.2018. ([<http://www.tuik.gov.tr/>]).

- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. 2012. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu küresel yetişkin tütün araştırması. Türkiye. sy:2
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. 2011. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı. Ankara. sy:17
- TÜMER, A., BAYBUĞA, M.S., DERELİ, F., UYSAL, D.D. 2016. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(13):105-113
- UMBERSON, D., MONTEZ, J. 2010. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav*. 51(5):54–66
- ÜSTÜNDAĞ, S. 2016. Tuza Duyarlı Hipertansiyon ve Tedavisi Hipertansiyon Haber Bülteni. 15-17
- VATANSEVER, Ö., ÜNSAR, S. 2014. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 5(8):66-74
- VERHEÏJDEN, M. W., BAKX, J. C., VAN WEEL, C., KOELEN, M. A., VAN STAVEREN, W. A. 2005. Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European journal of clinical nutrition*. 59(1): 179-186
- WANG, P.S., BOHN, R.L., KNIGHT, E. 2002. Non-compliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine*. 17:504-511
- WANNASİRİKUL, P, TERMSİRİKULCHAI, L., SUJİRARAT, S., BENJAKUL, S., TANASUGARN, C. 2016. Health Literacy, Medication Adherence and Blood Pressure Level Among Hypertensive Older Adults Treated at Primary Health Care Centers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 47(1):109-20
- WEBER, M.A., SCHIFFRİN, E.L., WHITE, W.B., MANN, S., LINDHOLM, L.H., KENERSON, J.G., FLACK, J.M., CARTER, B.L., MATERSON, B.J., C. VENKATA, C., RAM, S., COHEN, D.L., CADET, J.C., ROGER, R.J., TALER, S., KOUNTZ, D., TOWSEND, R.R., CHALMERS, J., RAMÍREZ, A., BAKRİS, G.L., WANG, J., SCHUTTE, A.E., BİSOĞNAN, J.D., TOUYZ, R.M., SİCA, D., HARRAP, S.B. 2014. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of

Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. 16(1):1-13

WHELTON, K.P., CAREY, R.M., ARONOW, W.S., CASEY, D.E., COLLINS, K.S., HIMMELFARB, C.D., DEPALMA, S.M., GIDDING, S., JAMERSON, K.A., JONES, D.W., MACLAUGHLIN, E.J., MUNTNER, P., OVBİAGELE, B., SMİTH, S.C., SPENCER, C.C., STAFFORD, R.S., TALER, S.J., THOMAS, R.J., WILLIAMS K.A., WILLIAMSON, J.D., WRIGHT, J.T. 2018. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 71(6):13-115

WHİTFİELD, K., WİGGİNS, S. 2010. The Influence of Social Support and Health on Everyday Problem Solving in Adult African American. *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*. 29(1):1-13. ([<https://doi.org/10.1080/03610730303703>]).

WILLIAMS, B., MANCİA, G., SPIERING, W., ROSEİ, E.A., AZİZİ, M., BURNİER, M., CLEMENT, D.L., COCA, A., SİMONE, S., DOMİNİCZAK, A., KAHAN, T., MAHFOUD, F., REDON, J., RUİLOPE, L., ZANCHETTİ, A., KERİNS, M., KJELDSSEN, S.E., KREUTZ, R., LAURENT, S., LİP, G.Y.H., MCMANUS, R., NARKIEWİCZ, K., RUSCHİTZKA, F., SCHMİEDER, R.E., SHLYAKHTO, E., TSİOUFİS, C., ABOYANS,V., DESORMAİS, I. 2018. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 39:3021–3104.

WORLD HEALTH ORGANİZATİON (WHO). 2013. Aglobal brief on hypertension. Erişim tarihi: 3.10.2018. ([http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/]).

WOLF-MAİER, K., COOPER, R.S., BANEGAS, J.R., GIAMPOLİE, S., HENSE, H.W., JORESS, M. 2003. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA*. 289 (18): 2363-2369

YAZICIOĞLU, Y., ERDOĞAN, S. 2014. SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Detay Yayıncılık. Ankara

YUVAKGİL, Z. 2017. Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin

belirlenmesi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlık ve Bakımı Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi. Aydın.

EKLER

EK 1-Hasta Tanılama Formu

EK 2-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

EK 3-İlacı Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS)

EK 4-Etik Kurul İzni

EK 5-Kurum İzni

EK 6-Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 7-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

EK 8-İlacı Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

EK 9-Özgeçmiş

EKLER

EK 1 Hasta Tanılama Formu

Bu çalışma, “**Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum**” arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Sonuçlar bilimsel amaçla kullanılacak olup bilgiler araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımınız için teşekkürler.

Gülay AKBULUT
gulayakbulut1982@hotmail.com
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTA TANILAMA FORMU

1) Yaşınız...

2) Cinsiyetiniz:

1.K () 2. E ()

3) Medeni durumunuz:

1. Evli () 2. Bekar ()

4) Eğitim durumunuz:

1. Okur-yazar değil () 2.Okur-yazar () 3.Ortaöğretim () 4.Lise ()
5.Üniversite ve üzeri ()

5) Mesleğiniz:

1.Emekli () 2.Memur () 3. Serbest () 4. Ev hanımı ()
5. Çalışmıyor () 6. Diğer ()

6) Sosyal güvenceniz:

1. Var () 2. Yok ()

7) Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Gelir giderden fazla () 2. Gelir giderden az () 3. Gelir gidere eşit ()

8) Çocuk sayınız.

1. Yok () 2. 1-2 () 3. 3 ve üstü ()

9) Evde kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız () 2. Eşim ile birlikte () 3. Eşim ve çocuklarım ile birlikte ()
4. Diğer ()

10) Kilonuz.... kg BKI:.....kg/m²

11) Boyunuz.....cm

12) Kan Basıncı mmHg

13) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

14) Cevabınız evet ise :

Miktarı:adet/gün Süresi:yıl

15) Alkol kullanıyor musunuz?

1. Kullanmıyor () 2. Her gün () 3. Haftada bir-iki () 4. 15 günde bir ()
5. Ayda bir ()

16) Günlük çay kahve tüketiminiz ne kadar?

1. 1-2 fincan () 2. 3-5 Fincan () 3. 6 ve üzeri fincan ()

17) Ne kadar süre önce hipertansiyon tanısı aldınız? :.....

18) Kullandığınız ilaç sayısı....

19) İlacınızı nasıl alırsınız?

1.Hergün düzenli () 2.Tansiyonumun yükseldiğini fark edince () 3.Aklıma geldikçe () 4.Haftada bir-iki kere () 5.Hiç almam ()

20) Evde hangi sıklıkta kan basıncı ölçümü yapıyorsunuz?

1.Yapmıyorum () 2.Hergün () 3.Rahatsızlandığımda ()
4.Haftada bir ()

21) Hipertansiyon için ne sıklıkta kontrole gidersiniz?

1.Ayda bir () 2.Üç ayda bir () 3. Altı ayda bir () 4.Yılda bir ()
5.Hiç gitmem ()

22) Diyet yapıyor musunuz?

1.Diyet yapmıyorum () 2.Hergün düzenli ()
3.Haftada birkaç kez dikkat edemeyebiliyorum ()

23) Diyetinizin içeriği nasıl?

1.Tuzsuz () 2.Az tuzlu () 3.Az yağlı () 4.Yağsız () 5.Diğer ()

24) Egzersiz yapıyor musunuz?

1.Yapmıyorum () 2.Hergün () 3.Haftada 3-4 kere () 4.Haftada bir ()

25) Kan basıncınızı kontrol altına almak için ilaç ve diyet dışında kullandığınız herhangi bir bitkisel tedavi, yöntem var mı?

1.Kullanmıyorum () 2. Sarımsak () 3. Limon () 4.Bitkisel karışımlar
5.Diğer ()

EK 2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 2)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Boyutlar	Hiç katılmıyorum 1	2	3	4	5	6	Tamamen katılıyorum 7
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım							
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							

9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.						
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.						
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.						
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.						

EK 3 İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS) (EK 3)

İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ TANSİYON İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ?

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

AŞAĞIDA SIRALANAN İŞLEMLERİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN
NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

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

EK 4 Etik Kurul İzni

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2016/

26/12/2016

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Nurhan ÖZPANCAR

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz, **“Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı Ve Tedaviye Uyum”** başlıklı ve 2016/134/11/15 nolu araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nicel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk ÇOŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİL DAĞ

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
e- posta: edrencber@nku.edu.tr

EK 5 Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TEKİRDAĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - TEKİRDAĞ KHB EĞİTİM HİZMETLERİ
BİRİMİ

14/02/2017 15:58 - 42232655 - 044 - E.94



Sayı : 42232655-044
Konu : Araştırma İzni/Gülay AKBULUT

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 24/11/2016 tarihli ve 42232655-044-E.455 sayılı yazımız.

İlgide yazımız ile, Marmara Ereğlisi İlçe Devlet Hastanesinde görevli, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Hemşire Gülay AKBULUT'un, Yrd. Doç. Dr. Nurhan ÖZPANCAR danışmanlığında yürüteceği "**Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum**" isimli bilimsel çalışmanın Marmara Ereğlisi İlçe Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğine başvuran tanı almış 200 hastaya uygulaması uygun görüldüğü bildirilmiştir

Bilimsel çalışmanın tarihleri sehven 01/12/2016-01/08/2016 olarak yazılmış olup söz konusu çalışma 01/12/2016-01/08/2017 tarihleri arasında gerçekleştirilecektir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Uzm.Dr.Cengiz BECERİR
Genel Sekreter

Dağıtım:
Marmara Ereğlisi İlçe Devlet Hastanesi
Gülay Akbulut (gulayakbulut1982@hotmail.com)

100.Yıl Mh.Hüseyin Mumcu Cad.No:37/A Daire:1 TEKİRDAĞ e-posta:
tekirdagkhhb.egitim@saglik.gov.tr Elektronik Ağ:
www.tekirdag.khb.saglik.gov.tr
Faks No:0 (282)262 57 29

e-Posta:Ilknur.Ozdemir@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Ilknur ÖZDEMİR

Unvan:EBE

Telefon No:0(282)2586565/1049

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b6695bc3-9ac5-458b-b559-1978c3eaa96f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

<p>ÇALIŞMANIN ADI</p> <p>Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum</p> <p>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU</p> <p>Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Nurhan ÖZPANCAR</p>
<p>Araştırmanın Amacı:</p> <p>Bu araştırma; hipertansiyonlu hastalarda sosyal destek algısı ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.</p> <p>Araştırmada İzlenecek Yöntem:</p> <p>Araştırma da etik kurul iznini takiben S.B. Tekirdağ Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Marmaraereğlisi İlçe Devlet Hastanesi Dahiliye Poliklinği'ne başvuran gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hipertansiyon hastalarına ulaşılabilecektir. 200 hipertansiyon hastasına Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılacaktır. Hasta Bilgi Formu hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayıp, bilgi almak amacıyla, literatür taranarak hazırlanmış toplam 25 soruyu içeren bir ankettir. Bilgi formu ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz-yüze anket tekniği ile doldurulacaktır. Çalışma gruplarından alınan veriler karşılaştırılarak bilgisayar ortamında analiz edilecektir.</p> <p>Alternatif Tedavi veya Girişimler: Bu çalışma için size herhangi bir ilaç ve herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır.</p> <p>Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:: Bu çalışmanın tarafınıza oluşturacağı herhangi bir risk öngörülmemektedir.</p> <p>Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:: Bu çalışma için ilaç uygulanmayacaktır.</p> <p>Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Gülşay AKBULUT 0533 5115077</p>

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların mufettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yurütulmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yurütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gülay AKBULUT

Gerekilyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekilyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Kullanım İzni

Gönderen: haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Tarih: 18 Ekim 2017 09:22

Konu: Re: ölçek izin-rica

Alıcı: Nurhan OZPANCAR <nozpancar@nku.edu.tr>

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nurhan Özpancar,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Nurhan OZPANCAR" <nozpancar@nku.edu.tr>

Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 16 Ekim Pazartesi 2017 15:08:22

Konu: ölçek izin-rica

Sayın hocam merhaba,

Yüksek lisans öğrencimin tez çalışmasında sizin geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ni izniniz olursa kullanmak istiyoruzteşekkür ederiz ,

Saygılarımla

Yrd.Doç.Dr. Nurhan Özpancar

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

EK 7 İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalsı (İBÖS) Kullanım İzni

Rabia hacıhasanoğlu <rabia_hhoglu@hotmail.com>

18.10.2017 Çar 16:59

Merhaba Gülay;

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin 13 maddelik kısa formu ve 26 maddelik uzun formu bulunmaktadır. Her ikisinde de alt boyut yoktur. Kısa ve uzun formunu ekte gönderiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum

Sevgiler

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)

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

Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

GULAY AKBULUT

18.10.2017 Çar 15:28

Sayın hocam merhaba;

Ben Gülay Akbulut, Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım.

Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum adlı tez çalışmamda geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz İlaç Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum. Ayrıca tezlerden incelediğim kadarıyla; ölçeğin puan hesaplamasında toplam puan için aritmetik ortalama alındığını ve alt boyutlarının olmadığı kanısına vardım. Bu konuda yardımcı olabilirsiniz sevinirim. Teşekkürler.

Saygılarımla

EK 8 Özgeçmiş

Ad, Soyad : Gülay AKBULUT
 Uyrak : Türkiye Cumhuriyeti
 Doğum yeri ve tarihi : Tuzluca / 09.10.1981
 Telefon : 0 533 511 50 77
 E-mail : **gulayakbulut1982@hotmail.com**
 Yabancı Dil : İngilizce
 Medeni Durumu : Evli

EĞİTİM

Okul Adı	Mezuniyet Tarihi
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	25.06.2014
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimim Tezsiz Yüksek Lisan Programı	04.01.2012

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar	Ünvanı	Tarih
S.B. Okmeydanı E.A.H. Acil Servis	Hemşire	2004
S.B. Okmeydanı E.A.H. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire	2004-2006
S.B. Okmeydanı E.A.H. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire	2006-2010
S.B. Okmeydanı E.A.H. Efor Birimi	Hemşire	2010-2012
S.B. Okmeydanı E.A.H. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	Sorumlu Hemşire	2012-2013
S.B. Okmeydanı E.A.H. İç Hastalıkları Servisi	Sorumlu Hemşire	2013-2014
S.B. Okmeydanı E.A.H. Kadın Doğum Hastalıkları Servisi	Hemşire	2014
Mamaraereğlisi İlçe Devlet Hastanesi	Hemşire	2014-2019

PROJELER

Yoğun bakım hemşirelerinin performans değerlendirmesine ilişkin beklentilerinin belirlenmesi amaçlı çalışma yapılmıştır.

