

**T. C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Halk Sağlığı Hemşireliği)**

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA İLAÇ UYUMU VE
KADERCİLİK EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İzzettin PEHLİVAN

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ

**2019
GAZİANTEP**

KABUL VE ONAY SAYFASI



ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İzzettin PEHLİVAN

29/04/2019

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca güleç yüzünden hiç taviz vermeyen, bana ve öğrencilerine karşı daima içtenlikle yaklaşan, değerli bilgilerini hiçbir zaman bizden esirgemeyen, her koşulda anlayışıyla örnek olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ'a,
Yüksek lisans eğitimim süresince güler yüzüyle bilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Arzu TUNA 'ya,
Değerli bilgi birikimlerini gerek ders olarak gerek seminerlerle bizlere sunan Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM'e, Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a,
SANKO Üniversitesi Enstitü Sekreteri Sayın Duygu ALANGİL'e,
Çalışmaya katılan hastalara,
Üniversite birinci sınıftan itibaren aynı yolda ilerlediğim ve akademik olarak devam ettiğim can kardeşim İbrahim KARADEMİR'e,
Çalışma hayatımın kolaylaşması için bana her konuda desteğini esirgemeyen Hatice ÜCÜK ve Ekibi olan Üroloji Kliniği çalışanlarına,
Sevgi, hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen, bugünlere gelmemi sağlayan özveri kaynağı sevgili anneme, babama ve kardeşlerime, teşekkür ederim.

İzzettin PEHLİVAN

ÖZET

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE YAŞAYAN HİPERTANSİYON HASTALARINDA İLAÇ UYUMU VE KADERCİLİK EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, hipertansiyon hastalarının ilaç uyumu ve kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesi, amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Gaziantep İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir aile sağlığı merkezinde Mayıs-Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bir aile sağlığı merkezine kayıtlı hipertansiyon tanısı almış 495 kişi oluşturmaktadır. Örneklemi ise evreni bilinenden örneklem hesaplama yöntemine göre belirlenen 222 birey oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçiminde basit-rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada veriler, yüz yüze görüşme tekniğiyle aile sağlığı merkezinde poliklinik ortamında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu, İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) kullanılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %42.8'i 55-64 yaş aralığında ve bireylerin %57.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) puan ortalaması 14.38±4.35, ölçeğin İlaça Uyum alt boyutu puan ortalaması 7.94±2.58 ve Reçete Yazdırma alt boyutu puan ortalaması 6.44±1.99 olarak belirlenmiştir. Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalaması 80.07±10.01, ölçeğin Önceden Belirlenmişlik alt boyutu puan ortalaması ise 28.76±5.12, Kişisel Kontrol alt boyutu puan ortalaması 18.67±3.25 ve Batıl İnanç puan ortalaması 20.15±4.58 olarak hesaplanmıştır. İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) puan ortalaması arasında, pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Sonuç olarak bireylerin kadercilik eğilimi artarken ilaç uyumu ve reçete yazdırma düzeyleri düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Kadercilik, İlaç Uyumu, Hemşirelik

ABSTRACT

EXAMINING ON THE RELATIONSHIP BETWEEN DRUG COMPLIANCE AND FATALISM TENDENCY IN HYPERTENSION PATIENTS IN A FAMILY HEALTH CENTER

This study was carried out as a cross-sectional study in order to examine the relationship between drug compliance and fatalism tendency of hypertension patients. The research was conducted in the period of May-December 2018 in the family health center of Gaziantep Provincial Health Directorate. The research population consists of 495 people diagnosed with hypertension registered to the family health center. The sample consists of 222 individuals who were determined according to the sample calculation method. Simple-random sampling method was used in the sample selection from the population. The research data was collected in a polyclinic environment in the family health center by face to face interview technique. Descriptive Information Form, Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS-7) and Fatalism Tendency Scale (FTS) were utilized as data collection tools. It is detected that 42.8% of the participants were in the 55-64 age range and 57.7% of the individuals were male. The mean score of Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS-7) of the individuals was determined to be 14.38 ± 4.35 ; the scale's Refilling Medication sub-dimension mean score to be 7.94 ± 2.58 , and scale's Taking Medication sub-dimension mean score to be 6.44 ± 1.99 . The mean total score of Fatalism Tendency Scale was measured to be 80.07 ± 10.01 ; and the Scale's Pre-determinism Sub-dimension mean score to be 28.76 ± 5.12 ; Self-Control sub-dimension mean score to be 18.67 ± 3.25 and Superstition mean score to be 20.15 ± 4.58 . It was determined that there was a statistically significant low positive correlation between the mean score of Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS-7) and Fatalism Tendency Scale (FTS) score ($p < 0.05$). Consequently, while individuals' fatalism tendency increases, drug compliance and drug prescribing levels decrease.

Key words: Hypertension, Fatalism, Medication Adherence, Nursing

| | |
|--|-------------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | iii |
| ETİK BEYAN | iv |
| TEŞEKKÜR | v |
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT | vii |
| İÇİNDEKİLER DİZİNİ | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | x |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Hipertansiyon..... | 3 |
| 2.2. Hipertansiyonun Önemi | 4 |
| 2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi | 5 |
| 2.4. Hipertansiyonun Fiziopatolojisi | 5 |
| 2.4.1. Hipertansiyonun sınıflandırması..... | 5 |
| 2.5. Hipertansiyon Belirtileri | 6 |
| 2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları | 7 |
| 2.7. Hipertansiyonun Tanısı..... | 7 |
| 2.8. Hipertansiyonun Tedavisi | 7 |
| 2.8.1. Farmakolojik tedavi | 8 |
| 2.8.2. Non-farmakolojik tedavi..... | 8 |
| 2.8.3. Hipertansiyon tedavisinde uyum | 8 |
| 2.8.4. Hipertansiyon tedavisinde uyumu etkileyen faktörler | 9 |
| 2.9. Sağlık Kaderciliği | 11 |
| 2.10. Hipertansiyon Tedavisinde Uyumda Hemşirenin Rolü | 12 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 14 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 14 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı | 14 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 14 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 14 |
| 3.4.1. Veri toplama araçları | 14 |
| - Tanıtıcı Bilgi Formu | 14 |
| - İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7)..... | 14 |

| | |
|--|-----------|
| - Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) | 15 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri | 16 |
| - Bağımlı değişken | 16 |
| - Bağımsız değişken | 16 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 16 |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği | 16 |
| 3.8. Araştırmada Etik Kurallar | 16 |
| 4. BULGULAR | 17 |
| 5. TARTIŞMA | 31 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 37 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 39 |
| 8. EKLER..... | 46 |
| EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu | |
| EK-2 İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği | |
| EK-3 Kadercilik Eğilimi Ölçeği | |
| EK-4 İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Kullanım İzni | |
| EK-5 Kadercilik Eğilimi Ölçeği Kullanım İzni | |
| EK-6 Etik Kurul Karar Formu | |
| EK-7 Kurum Çalışma İzni (60. Yıl Aile Sağlığı Merkezi) | |
| EK-8 Tez İntihal Raporu | |
| EK-9 Özgeçmiş | |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------------|---|
| ACE | : Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim |
| ARB | : Anjiotensin II Reseptör Blokerleri |
| Ca | : Kalsiyum |
| CCB | : Kalsiyum Kanal Engelleyici |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ESC | : Yeni Avrupa Kardiyoloji Derneği |
| ESH | : Avrupa Hipertansiyon Derneği |
| İURYÖ-7 | : İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği |
| JNC-7 | : Birleşik Komite 7. Raporu- ABD Hipertansiyon Kılavuzu |
| JNC-8 | : Birleşik Komite 8. Raporu |
| K+ | : Potasyum |
| KEÖ | : Kadercilik Eğilimi Ölçeği |
| Max | : Maksimum |
| Min | : Minimum |
| mmHg | : Milimetre Cıva |

| | |
|--|----|
| Tablo 2.1. Kan Basıncı Değerlerinin Tanımları ve Sınıflaması (mmHg)..... | 4 |
| Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı..... | 17 |
| Tablo 4.2. Bireylerin Hastalıkları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı..... | 18 |
| Tablo 4.3. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinden (IURYÖ-7) Alınabilecek ve Bireylerin Aldığı Min-Max Puanlar ile Puan Ortalamaları | 20 |
| Tablo 4.4. Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi..... | 21 |
| Tablo 4.5. Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamasının Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre İncelenmesi | 23 |
| Tablo 4.6. Kadercilik Eğilimi Ölçeğinden (KEÖ) Alınabilecek ve Bireylerin Aldığı Min-Max Puanlar ile Puan Ortalamaları..... | 25 |
| Tablo 4.7. Bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi..... | 26 |
| Tablo 4.8. Bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre İncelenmesi..... | 28 |
| Tablo 4.9. Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) Puan Ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) ve Alt Boyutları Puan Ortalaması Arasındaki İlişki..... | 30 |

1. GİRİŞ

Hipertansiyon, iki veya daha fazla ölçümün ortalamasında sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (Bozdemir ve Kara, 2010). Hipertansiyon sadece kan basıncı değerlerinden ibaret bir hastalık değil, kalp ve vasküler sistemlerde fonksiyonel ve yapısal değişikliğe yol açan kompleks, progressif bir kardiyovasküler sendromdur (Bozdemir ve Kara, 2010).

Hipertansiyon günümüzde en önemli önlenbilir morbidite ve mortalite artırıcı faktörlerden biri olmayı sürdürmektedir. Erişkin popülasyonunun yaklaşık %30'unun hipertansiyondan etkilendiği bilinmektedir. Dünya sağlık örgütü 2025 itibari ile dünyada bir milyar kişinin hipertansiyon hastası olacağını ve bu hastaların en az %1'inin hastane yatışı gerektirebilecek akut hipertansif atak geçireceğini öngörmektedir (Cander, 2017). Hipertansiyonun dünyadaki durumuna bakıldığında; genel popülasyondaki prevalansın %26.4, erkeklerdeki oranın %26.5, kadınlardaki oranın ise %26.1 olduğu görülmektedir (Durna, 2012). Ülkemizdeki duruma bakıldığında; ortalama 15-16 milyon hipertansiyon hastası vardır. Ülke çapında yapılmış önemli iki çalışmaya göre Türkiye'deki genel hipertansiyon prevalansı %33.7 (TEKHARF, 2004) ve %30.3 (Patent2, 2012) olarak bulunmuştur (Onat ve ark., 2004; Patent2, 2012).

Hipertansiyonun tedavisinde genel önlemler olarak; tuzdan kaçınma, alkol ve sigaradan kaçınma, kilo verilmesi, düzenli egzersiz, dislipidemi tedavisi önerilmektedir. Medikal tedavi olarak da diüretikler, beta blokerler, alfa blokerler, Ca kanal blokörleri, ACE inhibitörleri, santral etkili antihipertansifler, direkt etkili vazodilatörler kullanılmaktadır (Polat ve Gülay, 2015). Hastalık yönetiminde medikal/ilaç tedavisine başlandığında uyum kan basıncını kontrol altında tutulmasında oldukça önemlidir.

Kan basıncı kontrol altında tutulan hipertansiyon hastalarında, kontrol altında tutulmasının faydasının önemli olduğu bilinmesine rağmen, tüm sağlık basamaklarında hipertansiyonun kontrolü istenilen seviyede değildir (Hacıhasanoğlu, 2009). Tedaviye rağmen kan basıncının kontrol altına alınamamasında hasta uyumsuzluğu, tedavi yetersizliği ve dirençli hipertansiyon olmak üzere üç ana neden üzerinde durulmaktadır. Bu nedenler arasındaki 'hasta uyumsuzluğu', dünya çapında kötü hipertansiyon kontrolünün başlıca nedeni olarak görülmektedir (Kaya, 2016). Hipertansiyon tedavisinde hipertansiyonu olan kişinin tedaviye uyum gösterememesi en önemli sorundur. DSÖ, hipertansiyon tanısı konulmuş bireylerin tanıdan sonraki bir yıl içerisinde %50'sinin hipertansiyonla ilgili tedavi görmeyi reddettiği;

tedavi almayı devam edenlerin ise sadece %50'sinin reçete edilen ilaçları kullandığı bildirilmektedir (DSÖ, 2003).

Yapılan araştırmalarda da hipertansif hastaların yaklaşık yarısının kontrollerine gitmediği, %30-50 arasındaki hastaların reçetesindeki antihipertansif ilaçları kullanamadıkları belirlenmiştir. Aynı zamanda hipertansiyon hastalarının yarısının hipertansiyon tanısı konulmasından bir yıl içinde, bu hastaların %75'nin de beş yıl sonra tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir. Ayrıca bu hastaların yarısı bir yıllık gözlemede ilaç kullanımını bırakmaktadır (Vatansever ve Ünsal, 2014; Hacıhasanoğlu, 2009; Gözüm ve Aksayan, 1999).

Hipertansiyon hastalarında uyumsuzluk, ilacını düzenli almamak, ilacını reçete ettirmemek veya planına eklememekle başlayabilir. Uyumsuzlukla ilgili hastalar ya eksik takip edildiğinden ya da doğru anlatılıp öğretilmediğinden tedaviyi doğru yapamazlar, kendilerini iyi veya kötü hissettiklerinden ilaç kullanmanın faydasına inanmazlar, doğru dozda kullanmayı unuturlar, ya da kendi isteği ile ilaçlarını kullanmazlar. Ayrıca, kontrollerinde düzenli bulunmamak, sigara kullanmak, fiziki aktivite eksikliği, fazla kalori alımı, yağ ve sodyum oranı yüksek besinler ile beslenmek gibi sağlıksız diyet alışkanlıklarını sürdürmek uyumsuzluğun yaygın ve önemli göstergeleridir (Hacıhasanoğlu, 2009).

Ogedegbe ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmaya göre hastaların; hipertansiyon ile ilgili bilgi yetersizliği, unutkanlık, ilacın yan etkisi, maliyeti, hipertansiyon hastalığının belirti göstermemesi, ilacın sık kullanımı, ilaç kullanımından zarar görebileceği hatta ölebileceğini düşünmesi, ilaç bağımlılığı oluşabileceğini düşünmesi, kan basıncının normal düzeyde ilacı kullanmanın gereksiz olduğu, tedavinin iyileştirmedeğine inanması gibi hipertansiyonla ilgili farklı düşünceleri ve inançları olduğu belirlenmiştir.

Sağlığını kadere bağlayan bir kişi, sağlığını kendisinin kontrolünün ötesinde ve bunun yerine şansa, kadere ya da Tanrı'ya bağımlı olarak algılar. Kadercilik, bireyin sağlık durumunun, bireyin kontrolünde değil, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlenmiş veya amaçlanmış olduğuna inanmaktır (Franklin et al., 2007).

Yapılan bir araştırmada kaderciliğin kanserli hastaların sağlık arayışı ve sağlık koruma davranışları üzerinde etkisi olduğu fakat hipertansiyon hastalarının hastalık yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkisinin olmadığı belirlenmiştir. (Robinson, 2012).

Bu bilgiler ışığında bu araştırma, hipertansiyon hastalarının ilaç uyumu ve kadercilik eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

Kan basıncı, santral kan basıncı ya da nabız basıncı, aort ve ana karotis arterler gibi santral arterlerden ölçülen basınca ya da nabız basıncına denir (Rosenwasser et al., 2014). Arter kan basıncını kalp debisi ve sistemik damar direnci belirler. Tonüs artışı ve arter duvarının kalınlaşması sistemik damar direncini artıran nedenlerdir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Avrupa ülkelerinin birçoğunda cıvalı sfigomanometre ile kan basıncını ölçmek mümkün değildir. Bunun yerine daha güvenilir, oskültatuar veya osilometrik yarı-otomatik cihazlar kullanılmaktadır. Bu cihazlar standart protokollere göre onaylanmalı ve doğrulukları teknik bir laboratuvarında ölçüm yapılarak periyodik olarak kontrol edilmelidir (O'Brien et al., 2001). Kan basıncının ölçümünün üst koldan yapılması tercih edilir ve manşon ve kese boyutları kol çevresine göre seçilmelidir. Yüksek kardiyovasküler risk taşıdığı kanıtlanmış bir durum olan, iki kol arasında belirgin (>10 mmHg) ve tutarlı sistolik kan basıncı farklılık görüldüğünde kan basıncı değerleri yüksek olan kol kabul edilmelidir. İki kol arasındaki farklar aynı anda iki kolun kan basıncı ölçümü ile gösterildiğinde anlamlıdır; farklı zamanlarda ölçülen iki kol arasındaki kan basıncı farkı kan basıncı değişkenliğinin göstergesidir (Clark et al., 2012).

Kan basıncı ile kardiyovasküler ve renal olaylar arasındaki sürekli ilişki, normal kan basıncı değerleri üzerinden normotansiyon ve hipertansiyon arasındaki ayrımı zorlaştırmaktadır. Bu zorluğun sebebi, genel popülasyonda sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin tek yönlü bir dağılım olmasıdır. Ancak uygulamada hem tanısal yaklaşımı basitleştirmek hem de tedaviye geçmek için kan basıncı sınır değerleri herkes tarafından kullanılmaktadır. 2003 ve 2007 ESH/ESC kılavuzlarında önerilen hipertansiyon sınıflandırması Tablo 2.1'de gösterilmiştir. Hipertansiyon; sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olarak tanımlanmaktadır. Yüksek kan basıncı olan bireylerde kan basıncı düşüşlerinin tedavi ile sağlanmasının yararlı olduğuna dair randomize kontrollü çalışmalardan sağlanan veriler esas alınarak bu tanım yapılmıştır. Aynı sınıflandırma genç, orta yaşlı ve yaşlı kişilerde de kullanılmaktadır (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Tablo 2.1. Kan Basıncı Değerlerinin Tanımları ve Sınıflaması (mmHg)

| Kategori | Sistolik | ve | Diyastolik |
|-------------------------------------|-----------------|-----------|-------------------|
| Optimal | <120 | ve | <80 |
| Normal | 120-129 | ve/veya | 80-84 |
| Yüksek Normal | 130-139 | ve/veya | 85-89 |
| Evre 1 Hipertansiyon | 140-159 | ve/veya | 90-99 |
| Evre 2 Hipertansiyon | 160-179 | ve/veya | 100-109 |
| Evre 3 Hipertansiyon | ≥180 | ve/veya | ≥110 |
| İzole Sistolik Hipertansiyon | ≥140 | ve | <90 |

(ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Kan basıncı sınıflandırması, sistolik veya diyastolik olsun, en üst seviyedeki kan basıncı seviyesine göre tanımlanır. İzole sistolik hipertansiyon belirtilen değerler arasında sistolik kan basıncı değerlerine göre 1, 2 veya 3 olarak derecelendirilmelidir (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Hipertansiyon sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Bu değerler 18 yaşından büyük tüm yetişkinler için geçerlidir, ancak 80 ve üzeri yaşındaki yaşlılarda sistolik kan basıncı 150 mmHg'ye kadar normal olarak kabul edilmektedir (Michael et al., 2014). Hipertansiyon böbrek hastalıkları ve kalp yetersizliği, inme ve miyokart enfarktüsü riskini arttırmasının yanında yol açtığı ciddi komplikasyonlar nedeniyle mortalite oranı yüksek kronik bir hastalıktır (Tokem ve ark. 2013).

2.2. Hipertansiyonun Önemi

Hipertansiyon günümüzde halen en önemli önlenebilir morbidite ve mortalite arttırıcı faktörlerden biri olmayı sürdürmektedir. Erişkin popülasyonunun yaklaşık %30'unun hipertansiyondan etkilendiği bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2025 yılı itibari ile dünyada bir milyar kişinin hipertansiyon hastası olacağını ve bu hastaların en az %1'inin hastane yatışı gerektirecek akut hipertansif atak geçireceğini öngörmektedir (Cander, 2017). Hipertansif hastalarda yüksek kan basıncı kontrol altına alınamadığı durumda serebrovasküler hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar, kardiyak bozukluklar, renal yetmezlik ve retinopati gibi komplikasyonlar gelişebilir (İşcan Ayyıldız ve Ergüney 2017).

2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında görülen en sık rastlanan kardiyovasküler hastalıktır ve dünyada insanları etkileme oranı ortalama bir milyardır. Yaşlılarda, özellikle 60 yaşın üstü bireylerin %60'ından fazlasında vardır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Dünya çapında bir sağlık problemi olan hipertansiyon hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelere yetişkin popülasyonun büyük bir kısmını etkilediği gibi, yüksek oranda da morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (Karakurt ve Kara 2007).

Hipertansiyonun dünyadaki durumuna bakıldığında; genel popülasyonundaki oranı %26.4, bu oran erkeklerde %26.5, kadınlarda ise %26.1 olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki duruma bakıldığında; ortalama 15-16 milyon hipertansiyon hastası olduğu düşünülmektedir. (Durna, 2012). Ülke çapında yapılmış önemli iki çalışmaya göre Türkiye'deki genel hipertansiyon prevalansı TEKHARF (2004) çalışmasına göre %33.7 ve Patent2 (2012) çalışmasına göre %30.3 olarak bulunmuştur (Patent2, 2012; Onat ve ark. 2004). Ülkemiz için Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik Çalışmasına göre hipertansif kalp hastalıklarının mortalitesinin bütün ölümlerin %3'ünü kapsadığını ve ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde altıncı sırada yer aldığı bildirilmektedir (Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yükü, 2004).

2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Hipertansiyonun fizyolojisinde ilk olarak nörohormonal disfonksiyon sonucu mediatör aracılıklı periferik vazokonstriksiyon gerçekleşir. Bu vazokonstriksiyon endotel hasarına ve platelet ile koagülasyon kaskadlarının aktivasyonuna yol açar. Bu olaylar zinciri iskemiye ve sonuçta daha fazla vazoaaktif mediatör salınımına neden olur. Böbrekten aşırı renin üretimi anjiotensin II üretimini tetiklerken, bu da vasküler rezistansın ve proenflamatuvar sitokinlerin aşırı artışı ile sistemik kan basıncından daha fazla yükselmeye neden olur. Endotel disfonksiyonu, platelet agregasyonu ve reaktif oksijen türleri nitrik oksid üretimini azaltarak küçük damar dilatasyonunu inhibe eder ve vazokonstriksiyonu artırır (Cander, 2017).

2.4.1. Hipertansiyonun sınıflandırması

Hipertansiyonun nedeni, hipertansif hastaların %90-95'inde başka bir hastalığa bağlı değildir (primer/esansiyel hipertansiyon). Hastaların %5-10'unda ise hipertansiyon bir başka hastalığa bağlıdır (sekonder hipertansiyon) (Durna, 2012).

Primer hipertansiyon

Hipertansiyon hastalarının ortalama %90-95'ini oluşturan primer (esansiyel) hipertansiyon, kesin mekanizması bilinmeyen, herhangi bir ikincil hastalığa bağlı oluşmamış, sistemik arteriyel kan basıncının sürekli yüksekliğidir. Genetik yatkınlık, artmış sempatik aktivite, sodyum tutulumunu arttıran hormonların fazla üretimi ve vazokonstrüksiyon, uzun süreli yüksek miktarda sodyum, düşük miktarda potasyum ve kalsiyum alımı, renin salınım fazlalığına bağlı olarak artan anjiotensin II ve aldosteron fazlalığı, prostasiklin, nitrik oksit ve natriüretik peptidler gibi vazodilatatörlerin azalmış üretimi, vasküler tonüsü arttıran kallikrein-kinin sisteminin aktive olması, damarlarda direnç artışı, diabetes mellitus, insülin direnci, obezite, vasküler büyüme faktörleri, kalbi etkileyen adrenerjik reseptörlerin artışı gibi değişik patolojik durumlar primer hipertansiyonun ortaya çıkmasında suçlanan mekanizmalardan bazılarıdır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Sekonder hipertansiyon

Sekonder hipertansiyonun en sık nedeni renovasküler nedenlerdir. Bu durum sıklıkla ileri yaşlı hastalarda aorta abdominalisteki aterosklerotik plağın renal arterlere ilerlemesi sonucunda meydana gelir. İleri yaşlı hastalarda ACE inhibitörü verildiğinde üre, kreatinin ve K⁺ düzeyinde artış dururunda akla gelmelidir. Gençlerde en sık neden renovasküler nedenler olmakla birlikte etiyolojide ateroskleroz değil fibromusküler displazi rol oynar (Buğdacı, 2013).

2.5. Hipertansiyon Belirtileri

Çoğu hipertansif hastada belirtiler görülmez ve bu nedenle genellikle rastlantı sonucu fark edilir. Birçok kişinin kan basıncının yükseldiğini gösteren hiçbir belirtisi olmadığından, hipertansiyona “sessiz katil” de denilmektedir (Robinson, 2012).

Fizik muayenede kan basıncı yüksekliğinden başka herhangi bir belirti ve bulgu saptanmayabilir. Arter kan basıncının yüksekliğinin yanı sıra görülen önemli belirtiler ise; baş ağrısı, nefes daralması, çarpıntı, halsizlik, burun kanaması, kulak çınlaması, bulanık görme, bazen çok sık idrara çıkma, noktüri, yüzde kızarma, bacaklarda ödem, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanmadır. Bu belirtiler sadece hipertansiyon belirtileri değil başka hastalıklarda da görülebilir (Durna, 2013).

2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyon, devamlı kan basıncı yüksekliği ile ortaya çıkan, sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle önemli bir hastalıktır. Tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyona yolaçtığı ve ölüm oranını yükselttiği belirlenmiştir. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranı, kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Epidemiolojik çalışmalarda hipertansif hastayı bekleyen en yaygın komplikasyonların inme ve kalp yetmezliği olduğu belirlenmiştir (Karakurt ve Kara 2007).

2.7. Hipertansiyonun Tanısı

Kan basıncı yüksek saptanan hastada ilk yapılması gereken bu ölçümün uygun şekilde yapılıp yapılmadığının gözden geçirilmesi ve gerekiyorsa tekrarlanmasıdır (Cander, 2017). Hipertansiyon hastalarının değerlendirilmesi, sistemik olarak yapılmalı ve bu şekilde hastanın uzun süreli izlenmesi için gereken veriler toplanıp sağlıklı tedavi planlanması gerçekleştirilmelidir. Bu yapılan işlemlerin birincil hedefi; kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunun belirlenmesi ve düzeyinin saptanması, ikincil hedefi ise diğer risk faktörlerini, hedef organ hasarını ve eşlik eden hastalıkları veya eşlik eden klinik durumları araştırarak toplam kardiyovasküler riski değerlendirmektir (Durna, 2012).

2.8. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyon tedavisindeki amaç kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesidir. Hastaların çoğunda, özellikle 50 yaşın üstündekilerde sistolik kan basıncı hedefe vardığında diyastolik kan basıncında da hedefe varacağı için primer olarak sistolik kan basıncına odaklanmalıdır. Hipertansiyon tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerini kapsayan nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi şekilleri vardır ve birlikte uygulanmalıdır. Antihipertansif tedaviye başlama ölçütleri sistolik ve diyastolik kan basıncı seviyeleri ve total kardiyovasküler risk seviyelerine göre belirlenir. Aynı zamanda sigara kullanmak, dislipidemi, karın bölgesindeki obezite, diyabet gibi reversibl risk faktörleri saptanmalı ve eşlik eden olduğunda kan basıncı yüksekliği tedavi edilirken var olan diğer hastalıklarda tedaviye dahil edilmelidir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Hipertansif hastalar için tedavi; nonfarmakolojik (yaşam tarzı değişiklikleri) ve farmakolojik (ilaçla tedavi) olarak ikiye ayrılır (Bell e al., 2015).

2.8.1. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik olmayan tedavi, yüksek tansiyonun yönetiminde etkisiz ise, farmakolojik tedavi başlatılır. Hipertansiyon için ilk farmakolojik tedavi,

- Tiyazid diüretikler,
- Uzun etkili kalsiyum kanal blokerleri (CCB),
- Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri,
- Anjiyotensin II reseptör blokerlerini (ARB'ler) içerir (Bell et al., 2015).

2.8.2. Non-farmakolojik tedavi

Hipertansiyon tedavisinde başarıyı elde etmenin başlıca koşulları,

- Hastaların erken teşhis edilmesi ve doğru tanı almasını sağlamak,
- Yaşam tarzı değişikliklerini etkili bir şekilde uygulayabilmek,
- Zamanında ilaç tedavisine başlamak ve kesinlikle ilaç uyumunu sağlamaktır (Arıcı, 2015).

Kan basıncını düşürme kapasitesine sahip olduğu düşünülen önerilen yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır:

- Tuz kısıtlaması,
- Alkol kullananlarda, alkol kullanımının azaltılması veya bırakılması,
- Zengin sebze ve meyve tüketimi ve az yağlı ve diğer diyet türleri,
- Kilolu bireylerde kilo verilmesinin sağlanması,
- Düzenli fiziksel egzersiz,
- Sigaranın bırakılması, kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için zorunludur ve sigara içimi, gündüz ambulatuvar kan basıncını arttıracak akut bir baskı etkisine sahiptir (Mancia et al., 2013).

2.9. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum

Türkiye’de kan basıncı kontrolünün %25’in kalmasına neden olan en önemli faktörlerden biri hastanın tedaviye uyumsuzluğudur. Uyum; hastanın davranışlarının, ilaçlarını düzenli alması, diyete uymak veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak anlamında klinik önerilerle uyuşma biçimidir (Vatansever ve Ünsar, 2014). Uyumsuzluk ise, ilaç tedavisini düzenli uygulamamak, ilaçlarını reçete ettirmemek veya programına koymamakla başlayabilir. Uyumsuzlukla ilgili hastalar ya takibi iyi yapılmadığından ya da iyi bilgi

verilmediğinden tedaviyi doğru alamazlar, kendilerini iyi veya kötü hissettiklerinde ilaç kullanmanın faydalarına inanmazlar, doğru dozda almayı unuturlar, ya da kendi istekleri ile ilaçlarını kullanmazlar (Hacıhasanoğlu, 2009).

2.9.1. Hipertansiyon tedavisinde uyumu etkileyen faktörler

Kan basıncı kontrolünün eksik olmasında; hastaya, sağlık sistemine ve tedaviye ilişkin çeşitli faktörler bulunmaktadır (Hacıhasanoğlu Aşıl, 2015).

Sağlık sistemi ile ilgili faktörler

Tedaviye uyumsuzluk nedenlerden biri sağlık profesyonelleri ile ilgili faktörlerdir. Bunlar;

- Hipertansiyon hastalarını tanılamada yetersizlik,
- Tedaviye başlarken hastaya uygun ilaçları belirlemede başarısızlık,
- Yaşam tarzı değişikliklerini ve ilaca başlama zamanını ne zaman ve nasıl yapılmasındaki kararsızlık,
- Önerilen yaşam tarzı değişikliklerini, reçete edilen ilaçlara uyumda hastayı cesaretlendirme ve bilgilendirmede eksiklik,
- Hedeflenen kan basıncı görülmediği durumda hastaya uygun farklı bir tedavi yapmada isteksizlik,
- Sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın altında kalmasının yararını ifade etmede yetersizlik,
- Hekimlerin kan basıncı değerlerini uygun bulması nedeni ile tedavinin başlanmaması veya reçetenin değiştirmemesi ve iletişim şekilleridir (Hacıhasanoğlu Aşıl ve Gözüm, 2017).

Tedaviye ilişkin faktörler

Uyumu zorlaştıran bir diğer faktörde ilaç sayısıdır. Uygulanan medikal tedavi sayısının fazla olmasının da düşük hasta uyumuna neden olduğu tespit edilmiştir (Özkara ve ark. 2008). Bu faktörlerin yanısıra;

- Tedavinin çok zaman alması,
- İlaç kullanımının birden fazla olmasındaki zorluk,
- İlaçların yan etkileri,
- İlaçların maliyetinin fazla olması,
- Birçok davranışı değiştirmede ve hastanın kontrole gelmesindeki zorluklar hastanın tedaviye uyumunu azaltan faktörler olarak ifade edilmektedir (Hacıhasanoğlu, 2009).

İlaç değişikliği de hasta uyumunu olumsuz etkilemektedir. Kan basıncı kontrol altında bulunan hastalarda tıp alanında başka bir gerekçe bulunmadıkça antihipertansif ilaç değişikliği yapılmamalıdır. İlaçların gereksiz yere değiştirilmesi tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (Arıcı, 2015).

Optimum kan basıncı değerine ulaşmak için seçilmesi gereken ideal antihipertansif ilaç;

- Kan basıncı kontrolü de etkili olmalı,
- Diğer organlara zarar vermemeli tedaviye uyumu kolaylaştırmalı,
- Yan etkileri olumlu olmalı,
- Düşük maliyetli olmalı,
- Başka ilaçlarla kullanıldığı durumlarda etkileşimi az olmalı,
- Kişiyeye ve kişinin genotipik ve farmakogenomik özelliklerine uygun olmalı
- Diğer ilaçlarla bir arada kullanıldığı durumlarda kan basıncı kontrolüne pozitif katkı sağlamalıdır (Çakmak ve ark. 2009).

Hastaya ilişkin faktörler

Hipertansiyon hastalarının birçoğu kendilerine reçete edilen tedaviye başlamada ve takip etmede zorluk çekerler ve bunun sonucu olarak da tedavinin başarı oranı düşer. İlaça uyumda yetersizliğe neden olan durumlar;

- Hastanın hipertansiyon ve hipertansiyon tedavisi ile ilgili inançları,
- Hastanın psikiyatrik sorunları,
- Sağlık bilgisinin eksik olması,
- Birden fazla kronik hastalığın bulunması,
- Hasta motivasyonu,
- Hastalıkla başa çıkmada yetersizlik ve sosyal destek,
- Hipertansiyonla ilgili bilgilerin eksikliği,
- Önerilen yaşam tarzı değişikliklerine yetersiz uyumdur (Hacıhasanoğlu Aşıl, 2015).

Ayrıca, Türkiye’de yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının %66.1’inin ilaç dışı yöntem kullandığı ve tedaviye uyumsuz gruptaki hipertansiyon hastalarının ilaçlarını düzensiz kullanma nedenlerinden biri olarak, tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin yeterli olduğunu düşünmesi belirtilmiştir (Hacıhasanoğlu Aşıl ve Gözüm, 2017).

Hastaların genç olması, ilaç dışı yöntemler ile kan basıncını kontrol altında tutabilmek ve ilaca bağımlı olma korkusu hastalara, ilacını düzenli kullanmasının gerekli olmadığını düşündürmektedir. İlacın yan etkilerini bilmek ve bunlardan kaçınmak isteği de

antihipertansif tedaviye uyumu olumsuz etkileyen inanç ve davranışlar olarak sayılmaktadır (Ünalın ve ark. 2005).

2.10. Sağlık Kaderciliği

Allah'ın takdir etmesi ve bir şeye hükmetmesi anlamına gelen kader Türk diline Arapça'dan geçmiştir (Macit, 2014). Ancak takdir, sadece Allah'a değil doğaüstü, insan dışı bir güce de atfedilebilir. Birçok farklı tanımı yapılmakla birlikte kader, her şeyin doğaüstü bir kuvvet tarafından önceden bilinip belirlendiğine dair bir inanç olarak tanımlanabilir. Kadercilik ise gayret göstererek ya da planlı bir şekilde harekete geçerek bu belirlenmişliği değiştiremeyeceğini ve bu durumun yaşamın kaçınılmaz bir vakası olarak kabul edilmesi gerektiğini düşünerek hareket etmektir (Akınhay ve Kömürçü, 2005).

Sağlıklı tutum ve davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi de denetim odağı (kontrol noktası) kavramıdır. Rotter (1966) tarafından ortaya çıkarılan bu kavram, kişinin olumlu ya da olumsuz kendisini etkileyen tüm hadiseleri, kendi yetenek ve davranışlarının neticeleri ya da şans, kader, kudretli başkaları gibi kendisi dışındaki güçlerin işi olarak idrak etmesi eğilimidir. Denetim odağını kendi davranış ve kabiliyetinde idrak eden kişiler içten denetimli, neticenin genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki kuvvetli kimselerin kontrolü altında olduğuna inananlar dıştan denetimli, kontrolün şans, talih, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da 'kaderci' olarak tanımlanmaktadır (Tabak ve Akköse, 2006).

Kadercilik, bireyin sağlık durumunun, bireyin kontrolünde değil, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlenmiş veya amaçlanmış olduğuna inanmaktır. Sağlığını kadere bağlayan bir kişi, sağlığını kişinin kontrolünün ötesinde ve bunun yerine şansa, kadere ya da Tanrı'ya bağımlı olarak algılar (Franklin et al., 2007).

Kadercilik genellikle olayların önceden belirlenmiş veya dışsal olaylarla belirlendiğine inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Pek çok çalışma, kaderciliği güçsüzlük ve kontrolün merkezi bir ilahiyattan yoksun bırakılmasını içeren iki boyutlu bir kavram olarak nitelendiren kaderciliğin dini bir bileşenini tanımlamıştır. Bu yapıya karşı olarak, kadercilik, stres ve belirsizliğe karşı işlevsel bir cevap olarak kavramsallaştırılabilir. Örneğin, artan İnsan İmmün Virüsü riskleri ile karşı karşıya olan paralı seks işçileri bir başa çıkma mekanizması olarak kaderciliğe sığınmaktadırlar (Berard et al., 2016). Kaderci inançları çok olan bireylerin, hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve diyabet dahil olmak üzere, daha fazla sayıda kronik hastalıklarının olduğu ve kadercilik kavramlarını desteklemeyenlere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Nageeb et al., 2018).

Kader, bireylerin sağlık davranışları üzerinde çok çeşitli geçmişlerden önemli etkilere sahip gibi görünen çok çeşitli inanç, fikir ve kavramları ifade eder. Sağlık bağlamında kadercilik, genel olarak sağlık sorunlarının insan kontrolünün ötesine geçtiği ve farklı “alt tipler” olarak algılandığı inancına işaret etmektedir. Örneğin, kanser kaderciliği, kanser mevcut olduğunda ölümün kaçınılmaz olduğu inancına işaret etmektedir (Nageeb et al., 2018).

Yapılan bir araştırmada kaderciliğin kanserli hastaların sağlık arayışı ve sağlık koruma davranışları üzerinde etkisi olduğu fakat hipertansiyon hastalarının hastalık yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkilisinin olmadığı belirlenmiştir. (Robinson, 2012). Ülkemizde kadercilik yaygın bir düşünce şeklidir. Uluslararası karşılaştırmalı bir araştırmaya göre ülkemizdeki kişilerin hemen hemen %50’si kendi yaşamlarını şekillendirebilmek hemen hemen olanaksız olduğuna inandığı ve bu anlamda da kadercilik veya metafizik gler tarafından yüksek ölçüde belirlenen bir yaşam algısının toplumda yaygın olarak grldği ortaya çıkmıştır. ABD, Kanada, vb. lkelerde ise bu oran çok daha azdır (arkoğlu ve Kalaycıoğlu, 2009).

2.11. Hipertansiyon Tedavisine Uyumda Hemşirenin Rolü

Hemşireler hipertansiyon komplikasyonlarını ve hastalığı tetikleyen problemleri anlayabilen profesyonel bir sağlık personelidir. Hemşire hasta ile sık aralıklarla görüşerek iletişimi güçlendirebilir, eğitimlerinde hipertansiyonu etkileyen alışkanlıkların önemini vurgulayabilir ve hastaları ilaçların yan etkisi ve başa çıkma yöntemleri ile ilgili bilgilendirebilir. Kan basıncının hemşireler tarafından düzenli aralıklarla izlenmesi, kan basıncını kontrol altında tutmaya ve ilaca uyumu arttırmada hemşireye yardımcı olur (Taş ve Büyükbeşe, 2013).

Hekim ve hemşire ile hasta ve yakınları arasındaki ilişki hastanın tedaviye uyumunda dolayısıyla ilaç tedavisinin başarıya ulaşmasında doğrudan etkilidir. Bunun sağlanması da iyi bir iletişimi gerektirir (Gürol Arslan ve Eşer, 2005). Hemşireliğin en önemli sorumluluklarından biri olan ilaç uygulamaları, disiplinli bir süreç olup hasta bireyin muayenesi sonrası hekim tarafından order verilmesi ile başlayıp ilacın uygulaması, kayıt altına alması ve uygulama sonrası ilaç etkisinin gözlemlenmesi ile sonlanmaktadır (Aygin ve Cengiz, 2011).

Hipertansiyon bireyin yaşam tarzı değişikliği ve ilaçla tedavi gerektiren ömür boyu süren süreğen bir hastalıktır. Diğer sağlık sorunlarının üzümünde olduğu gibi bu sorunun üzümünde de ön koşul, hemşirelerin eğitim yoluyla birey, aile ve toplumun bilinçlenmesini

sağlamaları, onların sağlıkları/ hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlenmelerini hedeflemelerinin gerekliliğidir (Karakurt ve Kara 2007).

Hemşirelerin hipertansiyonu kontrol altına alması için bireylere sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazandırmakla birlikte tedaviye uyumlarını arttırmada gerekli konularda bilgi eksikliğini gidererek danışmanlık hizmeti verme gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Hacıhasanoğlu Aşıl ve Gözüm, 2017).

Her yaş grubu bireyde olduğu gibi özellikle yaşlı bireylerde çoklu hastalıkların yaygınlığı nedeniyle doğru ilaç kullanımı oldukça önem taşımaktadır. Bu kapsamda 65 yaş üstü bireylere hizmet veren hemşirelerin, akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında en önemli sorumluluğu, özellikle ilaçların etkisi, kullanım şekli, saati, dozu ve yan etkileri konusunda eğitim vermektir (Kasar ve Karadakovan, 2017).

Hipertansiyon yönetiminde istenilen amaçlanan sonuca ulaşmak, kan basıncını kontrol altına almayı başarma ve bunu devam ettirmede hastaların kararlı olmasını sağlama, ilaç tedavilerinin yanında önerilen nonfarmakolojik tedaviye de uyum göstermelerini ve düzenli olarak kontrole gitmelerini gerektirir. Ayrıca hastalar düzenli olarak kan basınçlarını takip etmeleri konusunda cesaretlendirilmeli, hastalara ve ailelerine hastalık ile ilgili eğitim verilerek bilgilendirilmeli, hasta kontrole geldiğinde uygulanan ilaç tedavisi ve nonfarmakolojik tedavi değerlendirilmeli, profesyonel sağlık bakım personeli tarafından özellikle tedavinin ilk 3 ayı aşkın bir sürede telefon ile iletişime geçilerek hastayı tedaviye uyum konusunda cesaretlendirilmelidir. DSÖ raporuna göre; iyi eğitim almış hemşireler ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamada tecrübeli sağlık personellerinin tedaviye uyumun artırılmasına büyük katkı sağlayacakları beklenmektedir (Hacıhasanoğlu, 2009; Gün ve Korkmaz, 2014).

Hastanın hedeflenen kan basıncı belirlenmeli, hedeflenen kan basıncının gelişimi ile ilgili geri dönüşüm sağlanmalı, tedavi boyunca hasta kontrollerinin izlemi ve devamı hakkında hastadan telefonla yeniden onay alınmalı, yeni tedavi metotlarını hasta ile tartışılmalı ve kararlaştırma sürecinde hastada dahil edilmeli, hastalara evde kan basıncı izlemi ile ilgili eğitim verilmelidir (World Health Organization, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü kesitseldir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Gaziantep İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 60. Yıl Aile Sağlık Merkezi'nde Mayıs-Aralık 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 60. Yıl Aile Sağlık Merkezi'ne kayıtlı hipertansiyon tanısı almış 495 kişi oluşturmaktadır. Örneklemi ise evreni bilinenden örneklem hesaplama yöntemine göre belirlenen 222 birey oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçiminde basit-rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı almış olmak
- Antihipertansif ilaç kullanıyor olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- İletişim sorunu olmamaktır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, yüz yüze görüşme tekniğiyle aile sağlığı merkezinde poliklinik ortamında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) (EK-2) ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) (EK-3) kullanılmıştır.

3.4.1. Veri toplama araçları

- **Tanıtıcı Bilgi Formu:** Tanıtıcı bilgi formu hastaların sosyo demografik ve hastalık özelliklerini içeren 15 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

- **İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7):** Bu ölçek, bir ya da birden fazla kronik hastalığı olan (diyabet, dislipidemi, hipertansiyon vb.) ve ilaç kullanan bireylerin ilaca uyumlarını ve reçete yazdırma yeterliliklerini değerlendiren, hastaların öz bildirimlerine dayalı bir ölçektir. Ölçeğin kronik hastalığı olan okuryazarlığı düşük bireylerin ilaca uyumlarını saptamak amacıyla da kullanılabileceği bildirilmektedir.

Kripalani et al., (2009) tarafından geliştirilen ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökdoğan ve Kes (2017) tarafından yapılan ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin “İlaça Uyum” ve “Reçete Yazdırma” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Dörtlü Likert tipinde olan ölçekte; Hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çoğunlukla (3) ve Her zaman (4) şeklindeki seçeneklerden bir tanesi işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçeğin ilk 6 maddesi seçeneklere göre işaretlenen puanların toplanmasıyla, 7. maddesi ise ters puanlandığı için çıkartılarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-28 arasında değişmektedir. “İlaça Uyum” alt boyutundan alınabilecek puan 4-16; “Reçete Yazdırma” alt boyutundan alınabilecek puan 3-12 arasında değişmektedir. Toplamda düşük puan, hastanın ilaç uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir (Kripalani et al., 2009). Gökdoğan ve Kes (2017) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.75 olarak bildirilmiştir (EK-2). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0.77 olarak belirlenmiştir.

- **Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ):** Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilen ölçek, 24 maddeli ve 4 alt boyutlu bir ölçektir. “Önceden Belirlenmişlik” alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bunlar, “1, 4, 12, 15, 18,19, 22 ve 24” maddeleridir. Bu alt boyutta maddelerin puanlanması doğrudan yapılmaktadır ve alınabilecek en fazla 40 puan, en az alınabilecek puan 8’dir. Bu boyuttan alınan yüksek puan her şeyin önceden belirlenmiş olduğuna dair inancın yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer bir alt boyut “Kişisel Kontrol” alt boyutudur. Bu boyut 6 maddeden oluşmaktadır. Bunlar, “2, 6, 8, 11, 14 ve 21” maddeleridir. Bu boyuttan alınabilecek en fazla puan 30, en az alınabilecek puan ise 6’dır. Bu boyutta tersten puanlama yapılmaktadır. Bu boyutta yüksek puan alınması kişisel kontrol algısının düşük olduğunu göstermektedir. Diğer bir alt boyutu “Batıl İnanç” alt boyutudur. Bu boyut da 6 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler “3, 5, 10, 17, 20 ve 23” maddeleridir. Bu alt boyutta maddelerin puanlanması doğrudan yapılmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 30 en düşük puan 6’dır. Bu boyuttan yüksek puan alınması batıl inançlara inanma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Son alt boyut ise “Şans” alt boyutudur. Bu boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Bunlar “7, 9, 13 ve 16” maddeleridir. Bu alt boyutta maddelerin puanlanması doğrudan yapılmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 20, en az puan 4’tür. Bu alt boyuttan yüksek puan alınması şansa inanmaya yönelimin yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak bu dört alt boyutlar kadercilik eğilimini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 120 en az puan ise 24’tür. Toplam kadercilik eğilimi puanı tüm alt boyutlarından alınan puanların toplanması ile elde edilmektedir. Kadercilik eğiliminin

yükselmesi puanın yükselmesine bağlıdır. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.72 olarak bildirilmiştir (Kaya ve Bozkur, 2015) (EK-3). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımlı değişken: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği puanı, Kadercilik Eğilimi Ölçeği puanı,

-Bağımsız değişken: Sosyo demografik ve hastalık özellikleri.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin normalite testi sonucunda normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve ortalama değerleri hesaplanmıştır ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmanın sonucu sadece 60. Yıl Aile Sağlık Merkezi'ne kayıtlı hipertansiyon tanısı almış, 18 yaş ve üzeri iletişim sorunu olmayan bireylere genellenebilir.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Ölçek kullanımı, ölçeklerin ülkemiz için geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan yazılı izin (EK-4, EK-5), SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK-6), Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden (60. Yıl Aile Sağlığı Merkezi için) kurum izni (EK-7) ve katılımcılardan yazılı onam izni alınmıştır.

5. BULGULAR

Bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler (n=222) | Sayı | % |
|-------------------------------------|------|------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 128 | 57.7 |
| Kadın | 94 | 42.3 |
| Yaş | | |
| 17-44 yaş arası | 24 | 10.8 |
| 45-54 yaş arası | 78 | 35.1 |
| 55-64 yaş arası | 95 | 42.8 |
| 65 ve üzeri | 25 | 11.3 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 213 | 95.9 |
| Bekar | 9 | 4.1 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil | 63 | 28.4 |
| İlkokul mezunu | 122 | 55.0 |
| Ortaokul ve lise mezunu | 30 | 13.5 |
| Üniversite | 7 | 3.2 |
| Gelir Durumu | | |
| Gelir giderden az | 10 | 4.5 |
| Gelir gidere eşit | 188 | 84.7 |
| Gelir giderden çok | 24 | 10.8 |
| Çalışma Durumu/İşi | | |
| Çalışmıyor | 141 | 63.5 |
| Memur | 11 | 5.0 |
| Esnaf | 30 | 13.5 |
| İşçi | 40 | 18.0 |

Çalışmaya katılan bireylerin %42.8'inin 55-64 yaş aralığında olduğu ve %55.0'nin eğitim durumunun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %57.7'sinin erkek, %95.9'unun evli olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %63.5'i herhangi bir işte çalışmıyor/emekli ve %84.7'sinin geliri giderine eşittir (Tablo 4.1).

Bireylerin hastalıkları ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalıkları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

| Özellikler (n=222) | Sayı | % |
|---|-----------------------------------|------|
| Başka Hastalık Olma Durumu | | |
| Başka hastalığı olmayan | 187 | 84.2 |
| Başka hastalığı olan (Diyabet) | 35 | 15.8 |
| Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı | | |
| Bir tane | 111 | 50.0 |
| İki tane | 87 | 39.2 |
| Üç ve üzeri | 24 | 10.8 |
| Kullanılan İlaçların Türü | | |
| Hipertansiyon için kullanılan ilaç | 191 | 86.0 |
| Hipertansiyon ve Diyabet için kullanılan ilaç | 31 | 14.0 |
| Tavsiye ile İlaç Kullanma Durumu | | |
| Kullanmayan | 81 | 36.5 |
| Kullanan | 141 | 63.5 |
| İlaç Dışı Yöntem Kullanma Durumu | | |
| Kullanmayan | 113 | 50.9 |
| Kullanan | 109 | 49.1 |
| İlaç Dışı Kullanılan Yöntem* (n=109) | | |
| Limon kullanan | 86 | 78.9 |
| Sarımsak kullanan | 10 | 9.2 |
| Limon ve sarımsak kullanan | 13 | 11.9 |
| Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı | | |
| Her gün | 3 | 1.4 |
| Haftada birkaç gün | 21 | 9.5 |
| Haftada bir gün | 42 | 18.9 |
| Tansiyonun yükseldiğini hissettiğinde | 152 | 68.5 |
| Hiç ölçtürmeyen | 4 | 1.8 |
| $\bar{X} \pm SS$ | | |
| Sistolik Kan Basıncı (mm Hg) ** | 151.08±12.02 (min: 120- max: 180) | |
| Diyastolik Kan Basıncı (mm Hg) ** | 86.39±7.58 (min: 70- max: 120) | |
| Hipertansiyon Tanı Süresi (yıl) ** | 4.34±3.08 (min:1- max: 20) | |

*Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır. **Ortalama olarak verilmiştir.

Bireylerin %84.2'nin hipertansiyon dışında başka herhangi hastalığının olmadığı, %50.0'nin sürekli kullandığı ilaç sayısının bir tane olduğu ve %86.0'nin sadece hipertansiyon için ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin %63.5'inin başkaları tarafından tavsiye edilen ilaçları kullandığı, %49.1'nin kan basıncını düşürmek için ilaç dışı yöntem kullandığı ve ilaç dışı yöntem kullananların %78.9'unun kan basıncını düşürmek için limon kullandığı belirlenmiştir.

Bireylerin %68.5'i kan basıncını, yükseldiğini hissettiğinde ölçtüdüğünü ifade etmiştir. Bireylerin sistolik kan basıncı ortalaması 151.08 ± 12.02 (minimum: 120- maksimum: 180), diyastolik kan basıncının ortalaması 86.39 ± 7.58 (minimum: 70- maksimum: 120) ve hipertansiyon tanısı alma süresi 4.34 ± 3.08 (minimum: 1- maksimum: 20) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği'nden (İURYÖ-7) alınabilecek ve bireylerin aldığı min-max puanlar ile puan ortalamaları Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinden (İURYÖ-7) Alınabilecek ve Bireylerin Aldığı Min-Max Puanlar ile Puan Ortalamaları (n:222)

| Ölçek ve Alt Ölçekler | Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan | Örneklem Grubunun Aldığı | |
|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------|
| | | Min-Max Puan | $\bar{X} \pm SS$ |
| İlaca Uyum Alt Boyutu | 4-16 | 4-12 | 7.94±2.58 |
| Reçete Yazdırma Alt Boyutu | 3-12 | 3-10 | 6.44±1.99 |
| İURYÖ-7 Toplam Puan | 7-28 | 7-22 | 14.38±4.35 |

İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği'nin (İURYÖ-7) iki alt boyutu bulunmaktadır. Bu iki alt boyuttan; İlaca Uyum alt boyutundan alınabilecek minimum puan dört, maksimum puan 16'dır. Örneklem grubunun İlaca Uyum alt boyutundan aldığı minimum puan dört, maksimum puan 12'dir. Örneklem grubunun İlaca Uyum alt boyutu puan ortalaması ise 7.94±2.58 olarak hesaplanmıştır.

İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği'nin (İURYÖ-7) Reçete Yazdırma alt boyutundan alınabilecek minimum puan üç, maksimum puan 12'dir. Örneklem grubunun Reçete Yazdırma alt boyutundan aldığı alınan minimum puan üç, maksimum puan 10'dur. Örneklem grubunun Reçete Yazdırma alt boyutu puan ortalaması ise 6.44±1.99 olarak hesaplanmıştır.

İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinden (İURYÖ-7) alınabilecek minimum puan yedi, maksimum puan 28'dir. Örneklem grubunun ölçekten aldığı minimum puan yedi, maksimum puan 22'dir. Örneklem grubunun İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) toplam puan ortalaması 14.38±4.35 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.3).

Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

| Sosyo-Demografik Özellikler (n=222) | Sayı | İURYÖ $\bar{X} \pm SS$ | İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık |
|-------------------------------------|------|---------------------------|--|
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 128 | 14.28±4.46 | t=0.423 |
| Kadın | 94 | 14.53±4.21 | p=0.67 |
| Yaş | | | |
| 17-44 yaş arası | 24 | 2.25±0.67 | |
| 45-54 yaş arası | 78 | 2.37±0.70 | F=0.296 |
| 55-64 yaş arası | 95 | 2.38±0.62 | p=0.82 |
| 65 ve üzeri | 25 | 2.40±0.76 | |
| Medeni Durum | | | |
| Evli | 213 | 14.36±4.39 | t=0.430 |
| Bekar | 9 | 15.00±3.39 | p=0.66 |
| Eğitim Durumu | | | |
| Okuryazar değil | 63 | 15.87±3.50 | |
| İlkokul mezunu | 122 | 14.19±4.53 | F=5.403 |
| Ortaokul ve lise mezunu | 30 | 12.76±4.56 | p=0.00* |
| Üniversite | 7 | 11.28±2.75 | |
| Gelir Durumu | | | |
| Gelir giderden az | 10 | 14.60±2.83 | F=4.018 |
| Gelir gidere eşit | 188 | 14.67±4.41 | p=0.01* |
| Gelir giderden çok | 24 | 12.04±3.74 | |
| Çalışma Durumu/İşi | | | |
| Çalışmıyor | 141 | 14.29±4.18 | |
| Memur | 11 | 10.72±4.49 | F=3.486 |
| Esnaf | 30 | 14.90±4.84 | p=0.01* |
| İşçi | 40 | 15.32±4.51 | |

*p<0.05

Bireylerin cinsiyetine göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyete göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin yaşa göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaşa göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin medeni durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, medeni duruma göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin eğitim durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın okur yazar olmayan ve ortaokul üzeri eğitime sahip olan bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Okur yazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre puan ortalamaları daha yüksek olup 15.87 ± 3.50 'dür (Tablo 4.4).

Bireylerin gelir durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın geliri giderinden çok olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Geliri giderinden çok olan bireylerin puan ortalaması diğerlerine göre daha düşük olup 12.04 ± 3.74 'dir (Tablo 4.4).

Bireylerin çalışma durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın işçi olan ve memur olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). İşçi olan bireylerin puan ortalaması memur olan gruptan daha yüksek olup 15.32 ± 4.51 'dir (Tablo 4.4).

Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamalarının hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamasının Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

| Özellikler (n=222) | Sayı | İURYÖ $\bar{X} \pm SS$ | İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık |
|--|------|---------------------------|--|
| Başka Hastalık Olma Durumu | | | |
| Başka hastalığı olmayan | 187 | 14.75±4.20 | t=2.997 |
| Başka hastalığı olan (Diyabet) | 35 | 12.40±4.63 | p=0.00* |
| Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı | | | |
| Bir tane | 111 | 14.43±4.30 | F=1.385 |
| İki tane | 87 | 14.70±4.23 | p=0.25 |
| Üç ve üzeri | 24 | 13.04±4.88 | |
| Tavsiye ile İlaç Kullanma Durumu | | | |
| Kullanmayan | 81 | 14.92±4.12 | t=1.401 |
| Kullanan | 141 | 14.07±4.46 | p=0.16 |
| İlaç Dışı Yöntem Kullanma Durumu | | | |
| Kullanmayan | 113 | 14.67±4.42 | t=0.994 |
| Kullanan | 109 | 14.09±4.27 | p=0.32 |
| İlaç Dışı Kullanılan Yöntem (n=109) | | | |
| Limon kullanan | 86 | 14.01±4.20 | |
| Sarımsak kullanan | 10 | 13.23±5.05 | F=1.086 |
| Limon ve sarımsak kullanan | 13 | 15.90±3.72 | p=0.35 |
| Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı | | | |
| Her gün | 3 | 14.00±2.64 | |
| Haftada birkaç gün | 21 | 11.52±3.07 | F=21.278 |
| Haftada bir gün | 42 | 10.61±3.01 | p=0.00* |
| Tansiyonun yükseldiğini hissettiğinde | 152 | 15.66±4.00 | |
| Hiç ölçtürmeyen | 4 | 20.75±0.95 | |

*p<0.05

Bireylerin başka hastalıklarının olma durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, başka hastalığı olmayan bireylerin başka hastalığı olanlara göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Başka hastalığı olmayan bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalaması başka hastalığı olanlara göre daha yüksek olup 14.75 ± 4.20 'dir (Tablo 4.5).

Bireylerin sürekli kullandığı ilaç sayısına göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin kullandığı ilaç sayısına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin tavsiye ile ilaç kullanma durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin tavsiye ile ilaç kullanma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin ilaç dışı yöntem kullanma durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin ilaç dışı yöntem kullanma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin kan basıncı ölçtürme sıklığına göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kan basıncı ölçtürme sıklığına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın hiç kan basıncını ölçtürmeyen ve haftada bir gün ölçtüren gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Hiç kan basıncını ölçtürmeyen bireylerin puan ortalaması haftada bir gün ölçtüren gruptan daha yüksek olup 20.75 ± 0.95 'dir (Tablo 4.5).

Kadercilik Eğilimi Ölçeğinden (KEÖ) alınabilecek ve bireylerin aldığı minimum ve maksimum puanlar ile puan ortalamaları Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Kadercilik Eğilimi Ölçeğinden (KEÖ) Alınabilecek ve Bireylerin Aldığı Min-Max Puanlar ile Puan Ortalamaları

| Ölçek ve Alt boyutları | Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan | Örneklem Grubunun Aldığı | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------|
| | | Min-Max Puan | $\bar{X} \pm SS$ |
| Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu | 8-40 | 16-37 | 28.76±5.12 |
| Kişisel Kontrol Alt Boyutu | 6-30 | 12-24 | 18.67±3.25 |
| Batıl İnanç Alt Boyutu | 6-30 | 9-27 | 20.15±4.58 |
| Şans Alt Boyutu | 4-20 | 7-16 | 12.48±2.84 |
| KEÖ Toplam Puan | 24-120 | 56-103 | 80.07±10.01 |

Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin dört alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlarından; Önceden Belirlenmişlik alt boyutundan alınabilecek minimum puan sekiz, maksimum puan 40'tır. Örneklem grubunun Önceden Belirlenmişlik alt boyutundan aldığı minimum puan 16, maksimum puan 37'dir. Örneklem grubunun Önceden Belirlenmişlik alt boyutu puan ortalaması ise 28.76±5.12 olarak hesaplanmıştır.

Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin Kişisel Kontrol alt boyutundan alınabilecek minimum puan altı, maksimum puan 30'dur. Örneklem grubunun Kişisel Kontrol alt boyutundan aldığı minimum puan 12, maksimum puan 27'dir ve Kişisel Kontrol alt boyutu puan ortalaması 18.67±3.25 olarak hesaplanmıştır.

Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin Batıl İnanç alt boyutundan alınabilecek minimum puan altı, maksimum puan 30'dır. Örneklem grubunun Batıl İnanç alt boyutundan aldığı minimum puan dokuz, maksimum puan 27'dir ve Batıl İnanç puan ortalaması 20.15±4.58 olarak hesaplanmıştır.

Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin Şans alt boyutundan alınabilecek minimum puan dört, maksimum puan 20'dir. Örneklem grubunun Şans alt boyutundan aldığı minimum puan yedi, maksimum puan 16'dır- ve Şans alt boyutu puan ortalaması 12.48±2.84 olarak hesaplanmıştır.

Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nden alınabilecek minimum puan 24, maksimum puan 120'dir. Örneklem grubunun Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nden aldığı minimum puan 56, maksimum puan 103'dir ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalaması ise 80.07±10.01 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

Bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

| Sosyo-Demografik Özellikler (n=222) | Sayı | KEÖ $\bar{X} \pm SS$ | İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık |
|-------------------------------------|------|-------------------------|--|
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 128 | 79.53±10.27 | t=-0.933 p=0.35 |
| Kadın | 94 | 80.80±9.64 | |
| Yaş | | | |
| 17-44 yaş arası | 24 | 75.75±11.05 | F=2.316 p=0.07 |
| 45-54 yaş arası | 78 | 80.06±9.32 | |
| 55-64 yaş arası | 95 | 80.38±10.13 | |
| 65 ve üzeri | 25 | 83.08±9.79 | |
| Medeni Durum | | | |
| Evli | 213 | 79.94±10.08 | t=-0.962 p=0.33 |
| Bekar | 9 | 83.22±7.72 | |
| Eğitim Durumu | | | |
| Okuryazar değil | 63 | 84.60±6.70 | F=33.799 p=0.00* |
| İlkokul mezunu | 122 | 81.37±9.17 | |
| Ortaokul ve lise mezunu | 30 | 69.23±8.47 | |
| Üniversite ve üzeri mezunu | 7 | 63.14±2.91 | |
| Gelir Durumu | | | |
| Gelir giderden az | 10 | 84.90±10.97 | F=31.97 p=0.00* |
| Gelir gidere eşit | 188 | 81.54±8.85 | |
| Gelir giderden çok | 24 | 66.58±7.76 | |
| Çalışma Durumu/İşi | | | |
| Çalışmıyor | 141 | 80.24±10.36 | F=9.962 p=0.00* |
| Memur | 11 | 65.63±8.07 | |
| Esnaf | 30 | 80.56±8.14 | |
| İşçi | 40 | 83.10±6.89 | |

*p<0.05

Bireylerin cinsiyetine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyete göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin yaşa göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaşa göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin medeni durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, medeni duruma göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin eğitim durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın okur yazar olmayan ve ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Okur yazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre puan ortalamaları daha yüksek olup 84.60 ± 6.70 'dir (Tablo 4.7).

Bireylerin gelir durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın geliri giderinden az olan ve geliri giderinden çok olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Geliri giderinden az olan bireylerin KEÖ puan ortalaması geliri giderinden çok olan gruptan daha yüksek olup 84.90 ± 10.97 'dir (Tablo 4.7).

Bireylerin çalışma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın işçi olan ve memur olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). İşçi olan bireylerin puan ortalaması memur olan gruptan daha yüksek olup 83.10 ± 6.89 'dir (Tablo 4.7).

Bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamalarının hastalıkları ile özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

| Özellikler (n=222) | Sayı | KEÖ $\bar{X} \pm SS$ | İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık |
|--|------|-------------------------|--|
| Başka Hastalık Olma Durumu | | | |
| Başka hastalığı olmayan | 187 | 80.13±9.99 | t=0.214 p=0.83 |
| Başka hastalığı olan (Diyabet) | 35 | 79.74±10.25 | |
| Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı | | | |
| Bir tane | 111 | 78.94±10.19 | F=1.733 p=0.17 |
| İki tane | 87 | 81.59±9.77 | |
| Üç ve üzeri | 24 | 79.79±9.69 | |
| Tavsiye ile İlaç Kullanma Durumu | | | |
| Kullanmayan | 81 | 80.11±11.37 | t=0.039 p=0.96 |
| Kullanan | 141 | 80.05±9.17 | |
| İlaç Dışı Yöntem Kullanma Durumu | | | |
| Kullanmayan | 113 | 79.60±10.22 | t=-0.719 p=0.47 |
| Kullanan | 109 | 80.56±9.80 | |
| İlaç Dışı Kullanılan Yöntem (n=109) | | | |
| Limon kullanan | 86 | 80.43±9.64 | F=0.224 p=0.88 |
| Sarımsak kullanan | 10 | 80.40±11.52 | |
| Limon ve sarımsak kullanan | 13 | 81.61±10.25 | |
| Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı | | | |
| Her gün | 3 | 82.33±20.03 | F=11.792 p=0.00* |
| Haftada birkaç gün | 21 | 74.42±11.43 | |
| Haftada bir gün | 42 | 73.33±10.88 | |
| Tansiyonun yükseldiğini hissettiğinde | 152 | 82.85±8.02 | |
| Hiç ölçtürmeyen | 4 | 73.25±8.05 | |

*p<0.05

Bireylerin başka hastalık olma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin başka hastalık olma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bireylerin sürekli kullanılan ilaç sayısına göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin sürekli kullanılan ilaç sayısına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bireylerin tavsiye ile ilaç kullanma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin tavsiye ile ilaç kullanma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bireylerin ilaç dışı yöntem kullanma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin ilaç dışı yöntem kullanma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bireylerin ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bireylerin kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kan basıncı ölçtürme sıklığına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın hiç kan basıncını ölçtürmeyen ve yükseldiğini hissettiğinde ölçtüren gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Yükseldiğini hissettiğinde ölçtüren bireylerin puan ortalaması hiç ölçtürmeyen gruptan daha yüksek olup 82.85 ± 8.02 'dir (Tablo 4.8).

Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) Puan Ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) ve Alt Boyutları Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

| Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) | İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) | | |
|-----------------------------------|--|-------|------|
| | n | r | p |
| Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu | 222 | 0.333 | 0.00 |
| Kişisel Kontrol Alt Boyutu | 222 | 0.299 | 0.00 |
| Batıl İnanç Alt Boyutu | 222 | 0.448 | 0.00 |
| Şans Alt Boyutu | 222 | 0.443 | 0.00 |
| KEÖ Toplam Puanı | 222 | 0.405 | 0.00 |

İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği Önceden Belirlenmişlik alt boyutu, Kişisel Kontrol alt boyutu, Batıl İnanç alt boyutu, Şans alt boyutu puan ortalaması ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) toplam puan ortalaması arasında, pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Ulusal literatürde hastalık yönetimi, ilaç uyumu gibi sağlıkla ilgili konuların kadercilikle ilişkisini gösterir nitelikte çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde ise sınırlı sayıda ve sınırlı hastalıklar ile kadercilik eğilimi arasında bağlantı kuran çalışmalar yer almaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın alana önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalaması 14.38 ± 4.35 , İlaça Uyum alt boyutu puan ortalaması 7.94 ± 2.58 ve Reçete Yazdırma alt boyutu puan ortalaması ise 6.44 ± 1.99 'dir. Ölçekten ve ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek maksimum puanlar göz önüne alındığında alınan toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutların toplam puan ortalaması ortalamanın altındadır. Ölçekten ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puan düştükçe ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyi artmaktadır. Bu durumda çalışmaya katılan bireylerin ilaca uyumlarının ve reçete yazdırma düzeylerinin orta seviyenin üstünde olduğunu söyleyebiliriz. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği'ni (İURYÖ-7) kullanan literatürde başka bir çalışma bulunmadığından benzer ölçekli çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır. Çalışma sonucuna benzer şekilde Teke'nin (2016) kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmasında ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamalarının orta düzeyin biraz üstünde olduğu ifade edilmiştir. Vatanser ve Ünsar (2014) hipertansiyon hastalarının ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Sayın Kasar ve Kardakovan (2017) yaşlı hipertansiyon hastalarında kendi kararıyla antihipertansif ilaçları bırakma oranının %28.8 olduğunu ve 65 yaş üstü bireylerin yarıya yakınının antihipertansif ilaçları almayı unuttuğunu saptamıştır. İbaş'ın (2012) osteoporozlu hastalarla yaptığı çalışmada da hasta uyumunun orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Kul (2018) kronik hastalıklarda ilaç tedavisi uyumu ve etkili faktörleri araştırdığı çalışmasında hipertansiyon hastalarının ilaç uyumunu orta düzeyin üstünde (%62.7) belirlemiştir. Hipertansiyon kişiler üzerinde ciddi şikayetler oluşturabilen, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir hastalık olduğu için insanlar çoğunlukla yüksek tansiyonun oluşturduğu şikayetlerden kurtulmak için düzenli ilaç kullanmayı tercih ediyorlardır.

Bu çalışmada bireylerin cinsiyeti, yaşı ve medeni durumlarına göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde, Vatanser ve Ünsar (2014) bireylerin ilaca bağlılık/uyum puan ortalamalarını cinsiyete göre karşılaştırıldığında; esansiyel hipertansiyonlu kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmadığını belirtmişlerdir. Kaya (2016) hipertansiyon hastalarının ilaç uyumunu değerlendirdiği çalışmada cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemiştir. Şahin (2014) medeni durum ve mesleğe göre bireylerin tedaviye uyumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Gün (2012) hipertansiyon tedavisine uyumda medeni duruma göre farklılık olmadığını belirlemiştir. Teke (2016) de çalışmada hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum puan ortalamasının yaş, cinsiyet ve medeni durum göre farklılık göstermediğini belirtmiştir.

Bu çalışmada bireylerin eğitim durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Okur yazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre puan ortalamaları daha yüksek olup 15.87 ± 3.50 'dür. Bu da eğitim düzeyi düşük olanların ilaç uyumlarının düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucunun aksine hipertansiyon hastalarının ilaç ve tedavi uyumuna yönelik yapılan birçok çalışmada tedavi uyumunda eğitim düzeyinin farklılık oluşturmadığı bildirilmiştir (Vatanser ve Ünsar 2014; Gün 2012; Teke, 2016). Bireyin sosyo-ekonomik göstergelerinden biri olan eğitim düzeyi, sağlık sorunlarına çözüm arayışında, sağlık hizmetlerinden faydalanmada ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanma da etkilidir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlığa yönelik olumlu tutum ve davranışta artmaktadır.

Bireylerin gelir durumlarına göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden çok olan bireylerin puan ortalaması diğerlerine göre daha düşük olup 12.04 ± 3.74 'dir. Bu durumda geliri giderinden çok olanların ilaç uyumlarının daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Bu çalışma sonucunun aksine Vatanser ve Ünsar (2014) İlaça bağlılık/uyum puan ortalamaları ile hastaların ekonomik durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Teke (2016) hastaların gelir durumuna göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Lee ve arkadaşları (2013) ise ekonomik durumunun ilaç uyumunu etkilediğini belirtmişlerdir. Ekonomik durumun iyi olması; insanların temel yaşam gereksinimlerinin kolaylıkla karşılanmasını ve sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran önemli bir unsurdur. Ulaşılabilir sağlık ve sağlık hizmetleri yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırmaktadır. Düşük ekonomik duruma sahip olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, ilaç temini ve ilaçların kullanımı ve yönetimi daha sınırlı olmaktadır.

Çalışma durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu

belirlenmiştir. İşçi olan bireylerin puan ortalaması memur olan gruptan daha yüksek olup 15.32 ± 4.51 'dir. Bu durum yapılan işin ilaç uyumunda etkili olduğunu göstermektedir. Bireyin yaptığı iş çoğunlukla eğitimi ile doğru orantılıdır. Eğitim düzeyi bireyin sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktördür. Nitekim bu çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olanların ilaç uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Teke (2016) hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum puan ortalamasının çalışma durumuna göre farklılık göstermediğini belirtmiştir. Lee arkadaşlarının (2013) ise çalışmalarında mesleğin ilaç uyumunu etkilediğini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada bireylerin sürekli kullandığı ilaç sayısına, tavsiye ile ilaç kullanma durumuna, ilaç dışı yöntem kullanma durumuna ve ilaç dışı kullanılan yönteme göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Şarlı (2011) birden fazla ilaç kullanan bireylerin tek ilaç kullananlara göre daha uyumlu olduğunu belirtmiştir. Koruk (2019) yapmış olduğu çalışmada kullandığı ilaç sayısı değişkenine ve ilaç dışı yöntem kullanma durumuna göre ilaç uyumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir.

Bu çalışmada bireylerin başka hastalıklarının olma durumuna göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, başka hastalığı olmayan bireylerin başka hastalığı olanlara göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Başka hastalığı olmayan bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalaması başka hastalığı olanlara göre daha yüksek olup 14.75 ± 4.20 'dir. Hipertansiyonla birlikte başka hastalığı olan bireylerin ilaç uyumları daha yüksektir. Teke (2016) ise hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum puan ortalamasının tansiyona eşlik eden hastalık durumuna göre puan dağılımı arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir.

Bu çalışmada bireylerin kan basıncı ölçtürme sıklığına göre İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kan basıncı ölçtürme sıklığına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Hiç kan basıncını ölçtürmeyen bireylerin puan ortalaması haftada bir gün ölçtüren gruptan daha yüksek olup 20.75 ± 0.95 'dir. Kan basıncını hiç ölçtürmeyen bireylerin ilaç uyumları diğer gruplara göre oldukça düşüktür. Teke (2016) yapmış olduğu çalışmada hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalamasının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre puan dağılımı arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir. Farklılık tansiyon ölçme/öçtürme sıklığı her gün olanlardan ($64,8 \pm 10,8$)

kaynaklanmaktadır, bu grubun puan ortalaması haftada bir ($57,9\pm 10,2$) ya da nadiren ($59,3\pm 10,1$) ölçtürenlere göre yüksek olduğunu bulmuştur.

Bu çalışmada bireylerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalaması 80.07 ± 10.01 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kesme noktası olmadığından alınabilecek maksimum puana göre alınan puan orta düzeyin üzerindedir. Ölçekten alınan puan artıka kadercilik eğilimi yükselmektedir. Bu durumda çalışmaya katılan bireylerin kadercilik eğilimlerinin orta seviyenin üstünde olduğunu söyleyebiliriz. Ölçeğin Önceden Belirlenmişlik, Kişisel Kontrol, Batıl İnanç ve Şans alt boyutlarının puan ortalamaları da orta seviyenin üstünde bulunmuştur. Buna göre bireylerin her şeyin önceden belirlenmiş olduğuna yönelik algılarının, kişisel kontrol algılarının, batıl inançlara inanma eğilimlerinin ve şans faktörüne inanma eğilimlerinin orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir.

Hekimoğlu ve Şensoy'un (2014) çalışmasında, denetim odağını kendi yaptıkları ve yapacaklarında arayanlar içten denetimli, sonucun genel olarak kendi yaptıklarından bağımsız ve denetimin dışardaki güçlü kimseler tarafından yönetildiğine inananları dıştan denetimli, kontrolün şans, talih, kader ve benzeri kaynaklara bağlayanları da 'kaderci' olarak tanımlanmaktadır. Aynı çalışmada bireylerin şans alt boyutu puanının yüksek (64.82) olduğu ve yüksek şans kontrol odağı olan kişilerin diğerlerine göre, daha fazla sigara kullandığı, daha az spor yaptığı ve daha az meyve ve sebze tükettiği ifade edilmiştir.

Gutierrez ve arkadaşları (2017) hipertansiyon hastaları ile yapmış oldukları çalışmada bireylerin kaderciliğinin yüksek olduğu bulunmuştur. Los Espinosa Monteros ve Gallo (2013) kaderciliğin sağlık üzerine etkisinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir ve sağlıklı bir toplum için sağlık-kadercilik ilişkisinin birlikte incelenmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Espinosa de los Monteros ve Gallo (2011) yaptıkları bir çalışmada kanserli hastaların kaderciliğinin yüksek olduğu saptamıştır ve kaderciliğin kanser taramalarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Abraído-Lanza ve arkadaşları (2015) ise meme kanseri üzerine yaptıkları çalışmada kaderciliğin erken tanı ve tedavi amaçlı mammografi çekirme davranışı üzerine bir etkisinin olmadığını belirlemişlerdir. Yapılan literatür taramalarında benzer sonuçlar çıkmaktadır. Kadere inancın sağlığı büyük ölçüde etkilediğini ve bu etkinin sağlık için yararlı hale getirildiğinde halk sağlığını geliştirmede büyük oranda etkili olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin cinsiyetine, yaşına ve medeni durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında cinsiyete, yaşına ve medeni durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bu çalışmada bireylerin eğitim durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre puan ortalamaları daha yüksek olup 84.60 ± 6.70 'dir. Bu durumda okuryazar olmayan bireylerin kadercilik eğilimlerinin eğitim durumu yüksek olanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

Bireylerin gelir durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan bireylerin KEÖ puan ortalaması geliri giderinden çok olan gruptan daha yüksek olup 84.90 ± 10.97 'dir. Bu durumda geliri giderinden az olan bireylerin kadercilik eğilimlerinin geliri giderinden çok olan bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bireylerin çalışma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. İşçi olan bireylerin puan ortalaması memur olan gruptan daha yüksek olup 83.10 ± 6.89 'dir. İşçi olan bireylerin kadercilik eğilimlerinin memur olan bireylere göre daha fazla olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bireylerin başka hastalık olma durumuna, sürekli kullanılan ilaç sayısına, tavsiye ile ilaç kullanma durumuna, ilaç dışı yöntem kullanma durumuna ve ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bireylerin kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kan basıncı ölçtürme sıklığına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Tansiyonun yükseldiğini hissettiğinde ölçtüren bireylerin puan ortalaması hiç ölçtirmeyen gruptan daha yüksek olup 82.85 ± 8.02 'dir. Kan basıncını yükseldiğini hissettiğinde ölçtüren bireylerin kadercilik eğilimlerinin daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bu durum bireyin kan basıncı kontrolünü kendinin içten odaklı olarak yapmadığını, dışarıdan kontrollü olarak yaptığını göstermektedir.

Bireylerin İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında, pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalaması artarken Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) ve alt boyutları puan ortalaması da artmaktadır. İlaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalamasının artması ilaç uyumu

ve reçete yazdırma düzeyinin düşmesine Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) puan ortalamasının yükselmesi de kadercilik eğiliminin artmasına işaret etmektedir. Bu durumda bireylerin kadercilik eğilimi artarken ilaç uyumu ve reçete yazdırma düzeyleri düşmektedir. Bu durumun, bireylerin sağlık ve hastalık kontrolünün şans, kader gibi kişinin kendisinin değiştiremeyeceği dışsal kaynaklara bağlı olduğuna inanma eğiliminde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kaya ve Bozkur (2017) çalışmasında bireylerin özyeterlilik inançları ile kadercilik eğiliminin Önceden Belirlenmişlik, Şans ve Batıl İnanç alt boyutları arasında düşük, negatif yönde; Kişisel Kontrol alt boyutuyla ise orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ve buna göre özyeterlilik inancı düştükçe kaderci eğilimin arttığını bildirmiştir.

Abraído-Lanza ve arkadaşları (2007) insanlar arasında kaderciliğin yüksek olduğunu ve kaderciliğin halk sağlığını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Kul (2018) ilaç uyumu ile ilaçların gerekliliğine olan inanç arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Wardle ve Steptoe (2003) tarafından yapılan yüksek şans kontrol odağı olan kişilerin diğerlerine oranla, daha fazla sigara kullandığını, daha az fiziksel aktivitede bulunduğunu ve daha az meyve ve sebze tükettiğini bildirilmiştir. Hekimoğlu ve Şensoy (2014) denetim odağı ve koruyucu sağlık uygulamalarına ilişkin içten denetimli kişilerin daha fazla sağlık sorumluluğu aldığını bildirmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan bireylerin ilaç uyumu puanlarının (7.94 ± 2.58) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin hipertansiyona yönelik düzenli reçete yazdırma davranış puanlarının (6.44 ± 1.99) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumları, sürekli kullandıkları ilaç sayısı, tavsiye ile ilaç kullanma durumu, ilaç dışı yöntem kullanma durumu ve ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre İURYÖ-7 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı,
- Okur-yazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre ilaç uyumlarının daha düşük olduğu,
- Geliri giderinden çok olan bireylerin ilaç uyumlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu,
- İşçi olan bireylerin memur olan bireylere göre ilaç uyumlarının daha düşük olduğu,
- Hipertansiyon ile birlikte başka hastalığı olan bireylerin başka hastalığı olmayanlara göre ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu,
- Hiç kan basıncını ölçtürmeyen bireylerin ilaç uyumlarının daha düşük olduğu,
- Bireylerin kadercilik eğilimi puan ortalamalarının (80.07 ± 10.01) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin her şeyin önceden belirlenmiş olduğuna yönelik algı puanlarının (28.76 ± 5.12) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin kişisel kontrol algı puanlarının (18.67 ± 3.25) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin batıl inançlara inanma eğilim puanlarının (20.15 ± 4.58) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin şans faktörüne inanma eğilimleri puanlarının (12.48 ± 10.01) orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, sürekli kullandığı ilaç sayısı, tavsiye ile ilaç kullanma durumu, ilaç dışı yöntem kullanma durumu ve ilaç dışı kullanılan yöntemlere göre İURYÖ-7 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı,
- Okur yazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre kadercilik eğilimlerinin daha yüksek olduğu,

- Geliri giderinden az olan bireylerin geliri giderinden çok olan gruptaki bireylere göre kadercilik eğilimlerinin daha yüksek olduğu,
- İşçi olan bireylerin memur olan bireylere göre kadercilik eğilimlerinin daha yüksek olduğu,
- Tansiyonunu yükseldiğini hissettiğinde ölçtüren bireylerin kadercilik eğilimlerinin hiç ölçtürmeyen gruptaki bireylerden daha yüksek olduğu,
- Bireylerin ilaç Uyumu ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) puan ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında, pozitif yönde bir ilişki olduğu,
- Bireylerin kadercilik eğilimleri yükseldikçe ilaca uyumlarının ve reçete yazdırma davranışlarının düştüğü belirlenmiştir.

Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyonda hastalık yönetimi için, ilaç uyumunu artıracak müdahale çalışmalarının yapılması,
- İlaç uyumunu etkileyen faktörlerin incelendiği büyük örneklemlilerli çalışmaların yapılması,
- Kadercilik hakkındaki araştırmaların reddedilmesi yerine, kadercilik kavramı altında saklı olan farklı kavramların daha kapsamlı incelemesi,
- Bireylerin hastalık ve sağlık davranışlarında özyeterliliklerini geliştirmek ve desteklemek için iç denetim odağı algısının geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abraido-Lanza, A.F., Martins, M.C., Shelton, R.C., Florez, K.R. (2007). Breast Cancer Screening Among Dominican Latinas: A Closer Look at Fatalism and Other Social and Cultural Factors. Author Manuscript, 42(5): 633–641.

Abraido-Lanza, A.F., Viladrich, A., Florez, K.R., Cespedes, A., Aguirre, A.N., De La Cruz A.A. (2007). Commentary: Fatalismo Reconsidered: A Cautionary Note for Health-Related Research and Practice with Latino Populations. NIH-PA Author Manuscript, 17(1): 153–158.

Arıcı, M. (2015). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. (16243). Ankara: Türk Kardiyoloji Derneği.

Aygin, D., Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(3):110-114.

Bell, K., Twigg, J., Olin, B.R. (2015). Hypertension The Silent Killer. Updated JNC-8 Guideline Recommendation.

Berardi, V., Belletiere, J., Nativ, O., Ladislav, S., Hovell, M.F., Baron Epel, O. (2016). Fatalism, Diabetes Management Outcomes, and the Role of Religiosity. J Relig Health, 55:602–617.

Bozdemir, N., Kara, İ. (2010). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Adana: Nobel Kitabevi, 517-520.

Cander, B. (2017). Acil Dahiliye. İstanbul: Tıp Kitabevleri, 387-394.

Clark, C.E., Taylor, R.S, Shore, A.C., Ukoumunne, O.C., Compbell, J.L. (2012). Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 379:905–914.

Çakmak, H.A., Arslan, E., Erdine, S. (2009). Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 37(7): 1-4.

Çarkoğlu, A. ve Kalaycıoğlu, E. (2009). Türkiye’de dindarlık: uluslararası bir karşılaştırma. İstanbul: Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi. <http://ipc.sabanciuniv.edu/wp-content/uploads/2013/01/Rapor-Kamu-dindarl%C4%B1k-1.pdf> Erişim Tarihi: 25 Aralık 2018

De Los Espinosa Monteros, K., Gallo L.C. (2011). The relevance of fatalism in the study of latinas’ cancer screening behavior: A systematic review of the Literature. 18:310–318.

De Los Espinosa Monteros, K., Gallo L.C. (2013). Fatalism and Cardio-Metabolic Dysfunction in Mexican- American Women. NIH-PA Author Manuscript. 20(4):1-14.

Durna, Z. (2012). Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 95-106.

Durna, Z. (2013). İç Hastalıkları Hemşireliği. 1.Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 164-170.

Franklin, M., Schlundt, D., McClellan, L., Kinebrew, T., Sheats, J., Belue, R., Hargreaves, M. (2007). Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes. American Journal of Health Behavior, 31(6):563–572.

Gökdoğan, F., Kes, D. (2017). Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale. International of Nursing Practice, 1-7.

Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi, (2):21-34.

Gutierrez, A.P., McCurley, J.L., Roesch, S.C., Gonzalez, P., Castañeda, S.F., Penedo, F.J., Gallo, L.C. (2017). Fatalism and hypertension prevalence, awareness, treatment and control in US Hispanics/Latinos: results from HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. Author manuscript. 40(2): 271–280.

Gün, Y. (2012). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Gün, Y., Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(2):98-108.

Gürol Arslan, G., Eşer, İ. (2005). Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(2):147-157.

Hacıhasanoğlu Aşlar R. (2015). Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz bakım yönetimi, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 6(11):151-159.

Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Gözüm, S. (2017). Hipertansif bireylerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavi uyumuna etkisi. TJFMPC, 11(4): 235-244.

Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyon da tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8 (2): 167-172.

Hekimoğlu, L., Şensoy, N. (2014). Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisi.

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf Erişim Tarihi: 19 Kasım 2018

İbaş, E. (2012). Osteoporoz Hasta Takip Sisteminin Osteoporozlu Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkileri. Uzmanlık tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

İşcan Ayyıldız, N. Ergüney, S. (2017). Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 33(3):21-31.

Karadakovan, A. Eti Aslan, F. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevleri, 549-565.

Karakurt, P., Kara, M. (2007). Hipertansiyon ve evde bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1):97-104.

Kasar, KS., Karadakovan, A. (2017). Yaşlı bireylerde antihipertansif ilaç kullanım hatalarının incelenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(15):20-27.

Kaya, A., Bozkur B. (2017). Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1): 124-145.

Kaya, A., ve Bozkur, B. (2015). Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3), 935 -946.

Kaya, E.P. (2016). Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Khatib, O.M.N., El-Guindy, M.S. (2005). Clinical guidelines for the management of hypertension. Emro Technical Publications series 29. World Health Organization.

Koruk, E. (2019). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Kripalani S, Risser J, Gatti M, Jacobson T. (2009). Development and evaluation of the adherence to refills and medications scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*,12(1):118–123.

Kul, E.Ö. (2018). Kronik Hastalıklarda İlaç Tedavisi Uyumu ve Etkili Faktörler. Uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

Lee, G.K., Wang, H.H., Liu, K.Q., Cheung, Y., Morisky, 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.

Macit, M. (2014). Boyun eğme-başa çıkma sarkacında kadercilik: Sosyal psikolojik bir yaklaşım. İstanbul: Ötüken Neşriyat, 120-145.

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K. Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M. et al. (2013). Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 31(10):1925-1938.

Nageeb, S., Vu, M., Malik, S., Quinn, M.T., Cursio, J., Padela, A.I. (2018). Adapting a religious health fatalism measure for use in Muslim populations. *Gerard*

Hutchinson, University of the West Indies at Saint Augustine, Trinidad and Tobago, 13(11):e0206898.

O'Brien, E., Waeber, B., Parati, G., Staessen, J., Myers, M.G. (2001). Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension, *BMJ*; 322:531–536.

Ogedegbe, G., Mancus, C.A., Allegrante, J.P., Charlson, M.E. (2003). Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56: 520-529.

Onat, A., Türkmen, S., Karabulut, A., Yazıcı, M., Can, G., Sansoy, V. (2004). Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32:533-541.

Özkara, A., Yutgut, F., Selçoki, Y., Kanbay, M., Karakurt, F., Tekin, O. (2008). Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. *Yeni Tıp Dergisi*, 25: 97-101.

Polat, M., Gülay, M. (2015). Hastalıklar bilgisi ders kitabı. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi, 22-23.

Robinson, A. (2012). Hypertension beliefs and behaviors of african americans in selected cleveland public housing. Doktora Tezi. Kent State University College of Education, Health, and Human Services. Ohio.

Rosenwasser, R., Shah, N.K., Smith, S.M., Wen, X., Gong, Y., Gums, J.G., et al. (2015). Baseline predictors of central aortic blood pressure: a pear substudy. *NIH-PA Author Manuscript*. 8(3): 152–158.

Saym Kasar, K., Karadakovan, A. (2017). Elderly individuals investigation of antihypertensive drugs use error. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15):20-27.

Selçukbiricik, S. Buğdacı, M.S. (2013). TUS ve YDUS İçin Dahiliye. Ankara Klinisyen Tıp Kitapevleri, 217-225.

Şahin, N.Ş. (2014). Hipertansiyon Yönetiminde Hasta Uyumu ve Hastaların Sağlık Anlayışlarına Yönelik Bir Girişimin Uyum Üzerine Etkisi. Uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Şarh, Ş. (2011). Hipertansiyon Hastalığı Olanlarda Tedaviye Uyum, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Tabak, R.S., Akköse, K. (2006). Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2):118-30.

Taş, F., Büyükbeşe, MA. (2013). Hipertansiyonda farkındalık ve hemşirenin rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6):729-734.

Teke, N. (2016). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Tokem, Y., Taşcı, E., Yılmaz, M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(5):30-40.

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. (2012). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği.

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Aralık 2004.

Ünalın, P.C., Çifçili, S., Uzuner, A., Akman, M. (2005). Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. Türk Aile Hek Derg, 9(4): 153-158.

Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 5(8):66-74.

Wardle, J., Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. J Epidemiol Community Health, 57(6):440-3.

Weber, M.A., Schiffrin, E.L., White, W.B., Mann, S., Lindholm, L.H., Kenerson, J.G., et al. (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. *Journal of Clinical Hypertension*. 16(1):14-26.

Whitword A. (2003). World Health Organization (WHO) /International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11):1983-1992. <http://www.infodoctor.org/rafabravo/who.pdf> Erişim Tarihi: 3 Aralık 2018

Wu, S. (1999). Gordon Marshall, Sosyoloji Sözlüğü (Akınhay, O., Kömürcü, D. Çev.). Ankara: Bilim ve Sanat Yay. (2003).



8. EKLER



EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız (Yazınız)

2. Cinsiyet 1. () Erkek 2. () Kadın

3. Eğitim Durumunuz.

1. () Okuryazar değil

2. () İlkokul

3. () Ortaokul ve lise

4. () Üniversite

4. Medeni Durumunuz. 1. () Evli 2. () Bekar

5. Sizce ailenizin gelir durumu nasıl?

1. () Gelir giderden az

2. () Gelir gidere eşit

3. () Gelir giderden fazla

6. Çalışma durumunuz nedir?

1. () Çalışmıyor

2. () Çalışıyor ise.....işinizi yazınız.

7. Hipertansiyon dışında başka bir hastalığınız var mı?

1. () Yok

2. () Var yazınız.

8. Ne kadar süredir Hipertansiyon hastasıınız (yıl) yazınız.

9. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1. () Hayır 2. () Evet

10. Sürekli kullanılan ilaç sayısı

11. Bugüne kadar arkadaşınızın/komşunuzun tavsiye ettiği herhangi bir ilaç kullandınız mı?

1. () Hayır

2. () Evet

EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

12. Tansiyonunuzu düşürmek için ilaç dışı başka yöntemler kullanıyor musunuz?

1. () Hayır 2. () Evet

13. 12. Soruya cevabınız evet ise kullandığınız yöntemleri yazınız.

.....(yazınız)

14. Ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyorsunuz?

1. () Her gün
2. () Haftada birkaç gün
3. () Haftada bir gün
4. () Yükseldiğini hissettiğimde
5. () Hiç ölçtürmüyorum

15. Şu an ki kan basıncı

EK-2 İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği

| İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Soruları | Hiçbir zaman | Bazen | Çoğunlukla | Her zaman |
|---|--------------|-------|------------|-----------|
| 1. İlacınızı almayı ne sıklıkta unutuyorsunuz? | | | | |
| 2. İlacınızı almamaya ne sıklıkta karar veriyorsunuz? | | | | |
| 3. Ne sıklıkta reçete yazdırmayı unutuyorsunuz? | | | | |
| 4. Ne sıklıkta ilaçsız kalıyorsunuz? | | | | |
| 5. Kendinizi iyi hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz? | | | | |
| 6. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz? | | | | |
| 7. Ne sıklıkta önceden planlayıp ilaçlarınız bitmeden yenisini yazdırıyorsunuz? | | | | |

EK- 3 Kadercilik Eğilimi Ölçeği

| SIRA NO: | AÇIKLAMA: Aşağıda çeşitli konular ile ilgili bazı düşünceler bulunmaktadır. Lütfen bunları dikkatlice okuyunuz. Sizden istenen her düşünceyle ilgili görüşünüzü belirlemeniz ve görüşünüze uygun olan seçeneği işaretlemenizdir. Bu düşüncelerin doğrusu ya da yanlışı yoktur, önemli olan kendi düşüncenizi samimi bir biçimde ifade etmenizdir. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim. | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|----------|---|-------------------------|---|------------|-------------|------------------------|
| | | 1 | Hayatımızda olacak şeyler önceden belirlenmiştir. | | | |
| 2 | Yaşadığım her şeyin kendi davranışlarımın bir sonucu olduğunu düşünürüm. | | | | | |
| 3 | Bazı nesnelere (nazar boncuğu, tütsü, şans yüzüğü vb.) koruyucu olduğuna inanırım. | | | | | |
| 4 | Başıma gelecek şeylerin kaderim olduğuna inanırım. | | | | | |
| 5 | Bazı nesnelere uğursuzluk getirdiğine inanırım. | | | | | |
| 6 | Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım. | | | | | |
| 7 | İnsanların yaşamlarındaki mutsuzluklar kötü şanslarına bağlıdır. | | | | | |
| 8 | Yaşadığımız şeyler seçimlerimizin bir sonucudur. | | | | | |
| 9 | Kötü şeylerin gelip beni bulduğuna inanırım. | | | | | |
| 10 | Bazı sözleri söylersem (cin, vb.) çarpılacağıma inanırım. | | | | | |
| 11 | Kendi irademle bazı şeylere yön verebileceğime inanırım. | | | | | |
| 12 | Kaderimde varsa hastalığa yakalanırım. | | | | | |
| 13 | Bazı insanların doğuştan şanslı olduklarına inanırım. | | | | | |
| 14 | Hayatımın kontrolü benim elimdedir. | | | | | |
| 15 | Hiç kimse yazgısını değiştiremez. | | | | | |
| 16 | Kaderimin zaman zaman bana oyun oynadığını düşünürüm. | | | | | |
| 17 | Bazı ritüellerin (tahtaya vurmak, sağ ayakla odaya girmek vb.) koruyucu olduğuna inanırım. | | | | | |
| 18 | İstedğim bir şey olmayınca "kısmet değilmiş" derim. | | | | | |
| 19 | Kaderimiz bizi nereye savurursa oraya gideriz. | | | | | |
| 20 | Bazı davranışlarda bulunursam çarpılacağıma inanırım. | | | | | |
| 21 | İnsan kendi tercihlerini kendisi yapar. | | | | | |
| 22 | Kaderimin hayatıma yön vermesine razı olurum. | | | | | |
| 23 | Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım. | | | | | |
| 24 | Her iş olacağına varır diye düşünürüm. | | | | | |

EK-4 İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Kullanım İzni

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Ölçek kullanım izni

DK duygu kes <duygukes1478@gmail.com> 26.11.2017 (Paz), 17:35 Siz

27.11.2017 10:04 tarihinde yanıt verdiniz.

G-kdo-an_et_al-2017... 182 KB İURYÖ ÖLÇEK metni... 17 KB

2 ekin (199 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Çalışmanızda geçerlilik güvenilirliği tarafımızdan yapılan İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği-7 (İURYÖ-7) kullanırken kaynak gösterdiğiniz (ekte belirtilmiştir), aşamaları ve sonuçları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, İURYÖ-7 Ölçeğini çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada geçerlik güvenilirlik çalışması ile ölçek ve değerlendirme yer almaktadır.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

İyi çalışmalar ve iyi günler..

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN
Arş.Gör. Duygu KES

Reklamsız sürüme yük


EK-5 Kadercilik Eğilimi Ölçeği Kullanım İzni

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Kadercilik Eğilimi Ölçeği

BB Binaz Bozkur <b.bozkur@hotmail.com>
Dün, 19:34
Siz; Alim Kaya (alimkaya32@gmail.com) ✕

26.2.2018 19:35 tarihinde yanıt verdiniz.

 KEÖ formu.docx
19 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhabalar,

Geliştirdiğimiz ölçeğin formu ektedir. Referans gösterme kuralları çerçevesinde olması ve ölçeğin yapısının bozulmaması şartı ile ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Ölçeğe ilişkin puanlama ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler ölçeğin arkasına eklenmiştir. Çalışmanız sonuçlandığında sonuçlar hakkında bizi bilgilendirirseniz seviniriz. Yine yardımcı olacağım bir durum olursa çekinmeden yazabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum

Arş. Gör. Binaz BOZKUR
Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi,
Eğitim Bilimleri Bölümü,
Rehberlik ve Psikolojik Danışma A.B.D.

R. A. Binaz BOZKUR
Mersin University, Faculty of Education,
Department of Educational Sciences,
Psychological Counseling and Guidance Unit.

Reklamsız sürüme yüks

EK-6 Etik Kurul Karar Formu

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | Araştırmanın Başlığı | Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyumu ve Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi |
| | Sorumlu Araştırmacı | Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ |
| | Kurumu | SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü |
| | Başvuru Tarihi | 26.03.2018 |
| | Araştırmanın Türü | Anket çalışması Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma |
| | Katılan Merkezler | Tek Merkez |
| | Varsa Protokol No | - |

| | | |
|-----------------------|---------|--|
| İLETİŞİM BİLGİLERİ | Adres | SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP |
| | Telefon | 0 342 211 65 63 |
| | Fax | 0 342 211 65 66 |
| | E-posta | etikkurul@sanko.edu.tr |

| | | | |
|-------|---|--------------|-------------------|
| KARAR | Oturum No: 2018/02 | Karar No: 12 | Tarih: 29.03.2018 |
| | Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | | |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyeti | | Araştırma İle İlişkisi | | Oturma Katılım | | İmza |
|--|------------------------------|---|-----------|---|------------------------|-----|----------------|-----|-----------|
| | | | E | K | Var | Yok | Var | Yok | |
| Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan | Biyoistatistik | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı | Endokrinoloji ve Metabolizma | SANKO Üniversitesi SB Fakültesi | X | | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye | Farmakoloji | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | | X | Katılmadı |
| Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye | Biyofizik | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye | Tıbbi Biyoloji | SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye | Halk Sağlığı | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi | | X | | X | X | | |
| Av. M. Murat GÜNERİ Üye | Hukuk | Serbest Avukat | X | | | X | X | | |
| Naci BORAN Üye | | Sani Konukoğlu Vakfı | X | | | X | X | | |

EK-7 Kurum Çalışma İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Toplum
ve Genç Sağlık Birimi



00068785516

Sayı : 65587614-604.02
Konu : Araştırma

ŞAHİNBEY KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Sağlık Müdürlüğü)

İlgi: a) 06/05/2018 tarihli ve 65587614-619-90 sayılı yazı
b) 08/05/2018 tarihli ve 65587614-619-3610 sayılı yazı

Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi İzzettin PEHLİVAN, 60.Yıl Aile Sağlığı Merkezimizde "Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyumu ve Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi "konulu bilimsel araştırma Başkanlığımız tarafından uygun görülmüş olup Aile Sağlığı Merkezimize bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Burcu GÜNŞOY
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
V.

EKLER:
İzzettin PEHLİVAN Araştırma

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Toplum ve Genç Sağlığı
Hizmetleri Birimi.Mücahitler mah.25 nolu sok.4. kat/8 Şehitkamil/Gaziantep
Faks No:

e-Posta:ceyda.toraman@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Ceyda TORAMAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0342) 220 05 05-1182

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 52f96187-7fd-4233-b3ac-935aa7ba9452 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8 Tez İntihal Raporu



EK-9 Özgeçmiş

1. **Adı Soyadı** : İzzettin PEHLİVAN
2. **Doğum Tarihi Yeri** : 03.02.1993/Gaziantep
3. **Çalıştığı Kurum** : Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Servisi.

4. Eğitim Durumu

| Derece | Alan | Üniversite | Yıl |
|--------|------------|---------------------------|-----------|
| Lisans | Hemşirelik | Artvin Çoruh Üniversitesi | 2011-2015 |

5. İletişim Bilgileri

Adres: Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Şhitkamil/Gaziantep

E-mail: izzet_phlvn27@hotmail.com

