

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HİPERTANSİF BİREYLERİN  
ÖZYETERLİLİK ALGISINA VE İLAÇ TEDAVİSİ UYUMUNA  
ETKİSİ**

**Funda ÖZPULAT**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı  
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA**

**2015**

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HİPERTANSİF BİREYLERİN  
ÖZYETERLİLİK ALGISINA VE İLAÇ TEDAVİSİ UYUMUNA  
ETKİSİ**

**Funda ÖZPULAT**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı  
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU**

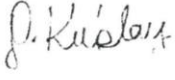


**ANKARA**

**2015**

## ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Hemşireliği  
 Program :Halk Sağlığı Hemşireliği  
 Tez Başlığı :Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Özyeterlilik Algisına ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi  
 Öğrenci Adı-Soyadı :Funda ÖZPULAT  
 Savunma Sınavı Tarihi :29.05.2015

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof.Dr. Gülümser KUBLAY Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Tez Danışmanı:	Prof.Dr. Oya Nuran EMİROĞLU Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Üye:	Prof.Dr. Sevgisun KAPUCU Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Üye:	Yrd.Doç.Dr. Hülya KULAKÇI Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	
Üye:	Yrd.Doç.Dr. Sevil ALBAYRAK Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

### ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

  
 Prof.Dr.Ersin FADILLIOğLU  
 Müdür

## TEŞEKKÜR

Konunun belirlenme aşamasından son aşamasına kadar rehberliğini, tavsiyelerini, eleştirilerini, desteklerini, görüşlerini, ilgisini ve titizliğini hiçbir zaman eksik etmeyen ve tez çalışmasını sonsuz sabrı ve sevgisi ile yönlendiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Sayın Prof. Dr. Gülümser KUBLAY' a eğitimim boyunca vermiş olduğu destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Sayın Diyetisyen Ezgi TOPBAŞ BIYIKLI'ya çalışmaya katılan bireylerin beslenme düzenlerinin ve diyet listelerinin oluşturulmasında destek sağladığı için teşekkür ederim.

Sayın Doç. Dr. Setenay ÖNER'e verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel hesapların eksiksiz tamamlanmasında destek sağladığı için teşekkür ederim.

Sayın Dr. Ethem AKYEL'e hipertansif bireylere ulaşılmasına yardımcı olduğu için teşekkür ederim.

Sayın Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU, Yrd. Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK ve Yrd. Doç. Dr. Hülya KULAKCI'ya çalışmaya sağladıkları değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Tez çalışması ve tüm eğitim yaşamım boyunca sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla bana destek olan aileme sonsuz teşekkürler.

## ÖZET

**Özpulat F., Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Özyeterlilik Algısına ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2015.** Bu çalışma; motivasyonel görüşmelerin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmeyi amaçlayan deneysel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini aile sağlığı merkezlerine kayıtlı bulunan ve araştırma kriterlerine uygun 25-45 yaş arası hipertansif bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılımın sağlanmasında gönüllülük esas alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 75 birey müdahale ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Araştırmaya ön test form ve ölçeklerinin tüm bireylere uygulanmasıyla başlamış, sonraki aşamada müdahale grubuna 3 haftalık aralarla 4 defa ve 1 ay sonra son ziyaret yapılmış, her ziyarette 30-45 dakikalık sürelerle bireysel motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Form ve ölçeklerin tekrar tüm katılımcılara uygulanması ile çalışma sonlandırılmıştır. 6 Şubat - 24 Haziran 2014 tarihleri arasında yürütülen çalışmanın verileri SPSS 17.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin yüzdeler ve sayılar ile değerlendirilmesi yanı sıra; normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Testi, verilerin ilk ve son değerlendirmelerini karşılaştırmak için Bağımlı Gruplarda T Testi ve Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanılmıştır. Çalışma sonunda müdahale grubunda kan basıncı ölçümü, BKİ, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) ve Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk ve son değerlendirme sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu tespit edilirken, kontrol grubunun kan basıncı ölçümü, BKİ değeri ve kullanılan ölçeklerin ilk ve son değerlendirme sonuçları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin kan basınçlarını düzenlemede, bireylerin hastalık algılarını olumlu yönde etkilemede, yaşam tarzı değişikliklerini sağlamada, ilaç tedavisi uyumlarını ve öz-yeterlilik algılarını arttırmada kullanılabileceği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, İlaç Tedavisine Uyum, Özyeterlilik Algısı, Hemşirelik

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Tarafından desteklenmiştir. Proje no: 014D02403001-494

## ABSTRACT

**Özpuat F., Effect of Motivational Conversation on Self Sufficiency and Drug Treatment Compliance of Hypertensive Individuals, Hacettepe University Institute of Medical Sciences, Public Health Nursing Program Phd Dissertation, Ankara, 2015.** This study is an experimental study aiming assessment of effect of motivational conversation on self-sufficiency and drug treatment compliance of hypertensive individuals. The population of study consisted of hypertensive individuals between ages of 25-45 appropriate for study criteria and registered to family health centers. Study was based on voluntariness, 75 individuals accepting to participate in the study were divided into 2 groups as intervention and control. The study started with pre-test from and scales, in latter stage, intervention group was visited 4 times with 3-week-intervals and last visit was performed 1 month later, in each visit, individual motivational conversations were applied with periods of 30-45 minutes. The study was terminated with application of form and scales to all attendants again. Data of study carried out between dates of 6 February – 24 June 2014 were assessed using SPSS 17.0 package program. In addition to assessment of data with percentages and numbers, Mann Whitney U and Kruskal–Wallis Test were used to data not exhibiting normal distribution, T Test and Wilcoxon Paired Two Sample Test were used in Dependent Groups in order to compare initial and last assessments of data. At the end of the study, while there are statistically significant differences between initial and last blood pressure measurement, BMI, Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) and General Self-Efficacy Scale, it has been detected that there is no difference between initial and last assessment results of blood pressure measurement, BMI value and used scales. Consequently, it is seen that motivational conversation can be used in regulating blood pressures of hypertensive individuals, positively affecting disease perception of individuals, providing lifestyle changes, and increasing drug treatment compliance and self-sufficiency perceptions.

**Key Words:** Hypertension, Compliance To Drug Compliance, Perception of Self-Sufficiency, Nursing

This thesis is supported by Hacettepe University Scientific Research Projects

Coordination Unit. Proje no: 014D02403001-494

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xiii
GRAFİKLER	xii
TABLolar	xii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı	1
1.2.Araştırmanın Amacı:	5
1.3.Araştırmanın Hipotezleri:	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hipertansiyon ve Epidemiyolojisi	6
2.1.1. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	8
2.2. Hipertansiyonun Değerlendirilmesi	11
2.3. Hipertansiyonun Tedavisi	12
2.3.1. Hipertansiyonda Tedavi Uyumu	17
2.4.Özyeterlik	18
2.5. Motivasyonel Görüşme	22
2.6.Hipertansiyon ve Hemşirelik	28
2.6.1. Hipertansiyon ve Öz-Yeterlilik	29
2.6.2. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik	30
3.BİREYLER VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Araştırma Kriterleri	34
3.5.Verilerin Toplanması	34

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	34
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.9. Araştırmanın Uygulanması	39
3.9.1. Uygulanan Girişim	39
3.9.2. Uygulama Basamakları	39
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.12. Araştırmanın Uygulama Akış Çizelgesi	45
4. BULGULAR	48
4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.2. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Öz Yeterlik Algısı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	52
4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Tedavisi Uyumlarına İlişkin Bulgular	56
4.4. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Ölçümleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	63
5. TARTIŞMA	68
5.1. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Öz Yeterlik Algısı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	68
5.2. Motivasyonel görüşmenin Hipertansif Bireylerin İlaç Tedavisi Uyumları Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	69
5.3. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Ölçümleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
6.1. Sonuçlar	75
6. 2. Öneriler	75
KAYNAKLAR	77
EKLER	
Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı	
Ek 2. Halk Sağlığı Kurumu İzin Yazısı	
Ek 3. I. Anket Formu	



Ek 4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 5. Motivasyonel Görüşme Ziyaret Planı

Ek 6. Hipertansiyon Eğitim Klavuzu

Ek 7. Diyet Önerisi

Ek 8. Motivasyonel Görüşme Kursu I. Aşama Katılım Belgesi

Ek 9. Motivasyonel Görüşme Kursu II Aşama Katılım Belgesi

Ek 10. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı

Ek 11. Yapılan Çalışma İle İlgili Diğer Tablo ve Grafikler

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABPM	Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ALLHAT	Kalp Atağını Önlemek İçin Antihipertansif ve Lipid-Düşürücü Tedavi Çalışması
ARB	Anjiyotensin II Reseptör Blokeri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CBPM	Klinik Kan Basıncı Ölçümü
DASH	Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımı
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EHT	Esansiyel Hipertansiyon
ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	Avrupa Hipertansiyon Derneği
HBPM	Ev Kan Basıncı Ölçümü
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HOH	Hedef Organ Hasarı
JNC	Birleşik Ulusal Komite (Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Amerikan Kalp Cemiyetinin (AHA) kılavuzu)
KB	Kan Basıncı
KKB	Kalsiyum Kanal Blokörü
KKH	Klinik Kardiyovasküler Hastalık
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
METSAR	Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevalansı Araştırması
MI	Motivasyonel Görüşme
NHANES	Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Çalışması
NICE	Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
RAS	Renin-Anjiyotensin Sistemi
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SSS	Sempatik Sinir Sistemi

TEKHARF Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

## ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Klavuzlara Göre Hipertansiyon Tanımları	24
2.2. Kan Basıncı Yüksekliğine Göre Risk Grupları	25
2.3. Hipertansif İlaçlar: Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	27
2.4. Önerilen Yaşam Tarzı Değişiklikleri	30
2.5. Antihipertansif Tedaviye Uyum Engelleri	32
2.6. Öz-Yeterliliği Düşük ve Yüksek Düzeyde Olan Kişilerin Özellikleri	35
2.7. Motivasyonel Görüşme Değişim Aşamaları	40

## GRAFİKLER

Grafik	Sayfa
4.1. Müdahale Grubu Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Ölçümleri	81

## TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	33
4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hipertansiyon Dışında Bulunan Sağlık Sorunları ve İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı	49
4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ailelerinde Bulunan Sağlık Sorunlarının Dağılımı	50
4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları	51
4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Genel Özyeterlilik Ölçeği İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması	53
4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle Genel Özyeterlilik Ölçeği İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması	55
4.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlk ve Son Değerlendirme Genel Özyeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması	56
4.8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması	58
4.9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Devam)	59
4.10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kullandıkları Antihipertansif İlaç Sayılarının Dağılımı	60
4.11. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Kullanımlarına İlişkin Bazı Özellikleri	60
4.12. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Sağlayamama Nedenleri, Alınmayan İlaç Sayıları ve İlaç Almadan Geçirilen Sürelerinin Dağılımı	62
4.13. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlk ve Son Değerlendirme İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması	63

- 4.14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kan Basıncı Takiplerine İlişkin  
Özelliklerinin ve Kontrole Gitme Sıklıklarının Dağılımı 64
- 4.15. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlk ve Son Değerlendirme Kan  
Basıncı Sonuçlarının Karşılaştırılması 66

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı

Dünya çok hızlı değişmekte ve insan sağlığı; demografik yaşlanma, hızlı kentleşme, sağlıksız yaşam biçiminin küreselleşmesi gibi benzer özellikteki güçler tarafından biçimlendirilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler giderek aynı sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu değişimin en çarpıcı örneği kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların dünya genelinde önde gelen mortalite nedeni olarak, enfeksiyon hastalıklarının önüne geçmesidir (1).

Yaşam kalitesini düşüren ve başlıca ölüm nedenleri arasında yer alan kalp damar hastalıklarının risk faktörleri arasında hipertansiyon önemli bir yer almaktadır. Her yıl gerçekleşen 9.4 milyon ölüme ya da tüm ölümlerin %16.5'lik bölümünde hipertansiyonun katkısı bulunmaktadır. Bu ölümlerin %51'i inme, %45'i koroner kalp hastalığı (kardiyovasküler hastalıklar) nedeniyle gerçekleşmektedir (2). 2008 yılında Dünya'daki 25 yaş ve üstü yetişkinlerin yaklaşık %40'ı hipertansiyon tanısı almıştır. 1980 yılında 600 milyon olan hipertansif kişi sayısı, 2008 yılında 1 milyara yükselmiştir (3). Otuzlu yaşlarda %20-25 olan hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte belirgin artış göstererek, 60 yaş ve üzerinde %50'lere çıkmaktadır (4). Hipertansiyonu olan bireylerin ancak %50'si hipertansif olduğunun farkına varmakta, bunların %50'si antihipertansif tedavi almakta, antihipertansif tedavi alanların ise ancak %50'sinde hipertansiyon kontrol altına alınabilmektedir (5). Hipertansiyon aynı zamanda toplumun geniş bir kısmı üzerinde ağır bir mali yük getirmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) hipertansiyon ve komplikasyonlarının doğrudan ya da dolaylı oluşturduğu maliyetin 43.5 milyar dolardan fazla olduğu tahmin edilmektedir (6).

Türkiye'de ki duruma bakıldığında ise; saha araştırmaları 2003 yılı içerisinde tamamlanan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda (Patent-T) hipertansiyon prevalansı %31.8 bulunmuştur (7). 2003 yılında TEKHARF tarafından 33 yaş üzeri kişilerde yapılan taramada hipertansiyon prevalansı erkeklerde %37, kadınlarda %46 olarak bulunmuş (8), 2005 yılında yayımlanan "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi" araştırma raporunda hipertansiyon prevalansı erkeklerde %19.5,

kadınlarda %22.6 olarak saptanmıştır (9). Türkiye Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre ise 15 ve üstü yaş gruplarında yer alan bireylerin %13.2'lik bölümünün hipertansiyon ile karşı karşıya olduğu ortaya konmuştur (10).

Hipertansiyon yüksek prevalansı ve kardiyovasküler hastalık oluşma riskini arttırması nedeniyle dünya çapında önemli bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon prevalansının artmasına; nüfus artışı, yaşlanma, sağlıksız beslenme, aşırı alkol tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, kilo fazlalığı, sürekli strese maruz kalma gibi davranışsal risk faktörleri de katkıda bulunmaktadır. Hipertansiyon tanı ve tedavisindeki gelişmeler, endüstrileşmiş ülkelerde gerçekleşen koroner kalp hastalığı ve inme kaynaklı ölümlerin büyük oranda azalmasında önemli bir rol oynamıştır (1, 11). Genel olarak bakıldığında ise, hipertansiyon hastalarında kan basıncını kontrol altında tutmanın faydaları bilinmesine karşın, birinci basamak dahil tüm sağlık kuruluşlarda hipertansiyonun kontrolü hala istenilen düzeyde değildir (12).

Hipertansiyon prevalansındaki artış “bireysel bir problem” olarak düşünülmemelidir. Hipertansiyonun kontrol altında tutulamaması, bireyler ve sağlık sistemleri üzerine önemli etkisi nedeniyle, Dünya çapında gerçekleşen sakatlık ve erken ölümlerin önemli bir nedenidir. Bu durum giderek artan ekonomik ve toplumsal yüke dönüşmektedir (13).

Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, inme, kronik böbrek yetmezliği, konjestif kalp yetmezliği ve periferik vasküler hastalıkları için önemli ve değiştirilebilir bir risk faktörüdür (4). Yaşamı tehdit eden komplikasyonlar oluşturabilmesi nedeniyle hipertansiyonun göz ardı edilmesi tehlikeli sonuçlar doğurabilmekte, kan basıncının etkin yönetimi ise kalp yetmezliği, kalp krizi ve inme prevalansında önemli ölçüde azalmaya neden olmaktadır (1,14).

Klinik çalışmalarda, antihipertansif tedavi inme insidansında %25-40, miyokard infarktüsünde %20-25 ve kalp yetmezliğinde %50'nin üzerinde ortalama azalmalarla ilişkilendirilmiştir. Evre 1 hipertansiyonu (SKB: 140-159 mmHg ve/veya DKB: 90-99 mmHg) ve ilave kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda, 10 yıl süreyle sistolik kan basıncında sürekli 12 mmHg'lık bir azalmaya ulaşmasıyla, tedavi edilen her 11 hastada bir ölümün önleneceği tahmin edilmektedir (4).



Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk toplumda hipertansiyon kontrolünü sağlamada önemli bir problemdir. Uyumsuzluk nedeni ile çok fazla sayıda hasta yeterli tıbbi bakım alamamakta, hipertansiyon için öngörülen yaşam tarzı değişikliklerini sağlamakta büyük zorluk yaşamaktadır (11). Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk ilaçların yan etkileri, hipertansif semptomların yokluğu, ilaç ücretlerinin yüksek olması, alternatif tedavi kullanımı gibi nedenlerle olabilmektedir. Uyum hasta motivasyonunu da gerektirmektedir. İlaç sayısını azaltma, hasta eğitiminin sağlanması gibi stratejiler ilaç tedavisine uyumu arttırmada etkili olabilmektedir (15).

Özyeterlik kavramı “Bireyin belirli bir konuda başarılı olmak amacıyla gerekli etkinlikleri organize ederek uygulamasına ilişkin inancı” olarak tanımlanmaktadır (16). Öz-yeterlik bir çalışma alanını isteyerek seçme, o işi başarabilmek için büyük bir motivasyon hissetme, çaba gösterme ve o çalışmayı başarabilmek için zaman harcama gibi sonuçları doğurmaktadır (17). Bandura (2002) öz yeterlik inancının sağlıkla bağlantısını kurmuş ve öz yeterlik inancını, kişinin ilgili sağlık davranışlarını sergileme kapasitesine olan kişisel inancı olarak tanımlamıştır (18).

Bireysel hastalık yönetiminin başarısında; bireyin öz bakım davranışlarını yapabileceğine dair “yeterlik inancı” veya “öz-yeterlik” düzeyi önemlidir (19). Sağlığı geliştirici davranışlara uyum sağlayabilme ve sağlığı geliştirici davranışları sürdürebilme, bireyin değişim sürecine bağlı olup, bilinçli çaba gerektirir. Öz-yeterlik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir. Öz-yeterlik algısının yüksek olması, kişinin olumlu sağlık davranışları göstermesine neden olmakta, öz yeterlik kavramı, kronik hastalıklarla baş edebilmeleri için bireylerde davranış değişikliği yapma yönünde desteklenmelerine ve özbakımlarının arttırılmasına katkı sağlamaktadır (20-22). Hastaların öz yeterliklerinin yüksek olması hipertansiyon yönetiminin etkin bir biçimde sağlanabilmesinde de oldukça önemlidir (23).

Hastalıkların kontrol altında tutulmasında ve etkin bir hastalık yönetiminin sağlanmasında birçok farklı yöntem kullanılabilir. Bu yöntemlerden bir tanesi de sağlık eğitimidir. Bireysel ya da grup sağlık eğitimlerinde bireylerin hazırbulunuşluğu dikkate alınarak kalıcı ve istendik davranış değişikliği oluşturulması hedeflenmektedir. Bireyin hazırbulunuşluk düzeyi ve değişim aşaması

dikkate alınarak bireysel davranış değişikliklerinin planlaması ve yürütülmesi ise transteoretik model ve motivasyonel görüşmeler yolu ile başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Motivasyonel görüşmenin hasta motivasyonunu arttırmada geleneksel yöntemlere göre daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (24). Sağlık eğitimi ile motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda sağlık eğitiminin kişilerde olumlu davranış geliştirmede etkili olduğu, ancak motivasyonel görüşme uygulanan gruplarda etkinlik ve istatistiksel anlamlılık düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (25-27).

Motivasyonel Görüşme (MI) Tekniği davranış değişikliği yaratmak amacıyla ambivalansın çözümünü hedefleyen danışan odaklı, direktif bir danışmanlık biçimi olarak tanımlanmaktadır (28). Motivasyonel görüşme danışan odaklı danışmanlık, bilişsel-davranışçı terapi ve sosyal-bilişsel kuramdan türemiştir ve son yıllarda motivasyonel görüşmeye gösterilen ilgi giderek artmaktadır (24, 28). Motivasyonel görüşme danışmanları tavsiyede bulunma ya da eğitim sunma gibi birçok eğitim müdahalesinin aksine, bireylerin davranış değişikliklerini uygulamalarında kendi çözümlerini keşfetmelerine nötr bir yaklaşım tarzı ile yardım etmektedir (29).

Hemşirelik, insanı bir bütün olarak ele alan, bakım verici, hasta haklarını savunucu, karar verici, eğitici gibi birçok rol ve işlevi birlikte kullanarak bireylere ve topluma sağlık hizmeti sunan, sağlık ekibinin profesyonel bir üyesidir. Bireysel ve toplumsal olarak, hipertansiyon kontrolü ve yönetiminin sağlanmasında, hemşirelik mesleğine büyük sorumluluklar düşmekte, bu görev ve sorumlulukların yerine getirilmesinde ise hemşirelik alanında yapılmış özgün ve kapsamlı araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Yurtdışında, hemşirelik alanında hipertansiyon yönetimi, hipertansiyon tedavisine uyum, hipertansiyonda yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması gibi konularda motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak yapılmış çalışmalar bulunmakta (30, 31), ancak Türkiye’de hipertansif bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri oluşturma ya da hipertansif bireylerin ilaç tedavisi uyumunu arttırmada motivasyonel görüşmenin kullanılmasına ilişkin yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Konu ile ilgili ülkemizde yapılmış çalışmalarda eksiklikler dikkate alınarak ve halk sağlığı hemşireliği uygulamalarında etkinliğinin oldukça yüksek olduğu bilinen ev ziyareti tekniği kullanılarak, motivasyonel görüşmenin

hipertansif bireylerin özyeterlik algısına ve ilaç tedavisine uyumuna etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışma planlanmıştır.

### **1.2.Araştırmanın Amacı:**

Bu çalışma; motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **1.3.Araştırmanın Hipotezleri:**

**H1:** Motivasyonel görüşme yöntemi, hipertansiyon hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puanlarını arttırmada etkilidir.

**H2:** Motivasyonel görüşme yöntemi, hipertansiyon hastalarının Genel Özyeterlilik Ölçeği puanlarını arttırmada etkilidir.

**H3:** Motivasyonel görüşme yöntemi, hipertansiyon hastalarının sistolik ve diyastolik kan basınçlarını azaltmada etkilidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hipertansiyon ve Epidemiyolojisi

Kalbin sol karıncığının kasılması ile aortaya atılan kanın atardamar duvarına yaptığı basınca kan basıncı (KB) denilmektedir. Kan basıncı sistolik ve diyastolik olarak iki değerden oluşur. Sol karıncığın kasılmasıyla atılan kanın o anda damar duvarına yaptığı basınç sistolik kan basıncı, gevşediği zaman atardamardaki kan kitlesinin yaptığı daha düşük basınç diyastolik kan basıncı olarak tanımlanmaktadır. Sistemik kan basıncı periferik arteryel direnç ve kalp debisi parametreleri ile belirlenmekte ve kan basıncı = kardiyak debi x periferik direnç formülü ile ifade edilmektedir. Bu denklemin bileşenlerini düzenleyen nöral, hümoral ve metabolik etkenler belirli bir dengede kaldıkça, kan basıncı "normal" sayılan düzeylerde tutulabilmektedir (32). Kan basıncı belirtilirken sistolik ve diyastolik kan basıncının her iki değerleri de kullanılmakta ve mmHg cinsinden ölçümler ifade edilmektedir (33).

Kanada Hipertansiyon Derneği ve Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre, "Normal" kan basıncı değeri yaklaşık olarak 120/80 mmHg'dir. Kan basıncı değeri gün boyunca ne yapıldığına bağlı olarak değişmektedir. Genellikle, istirahatte daha düşük, aktif olduğunda ise daha yüksek değerlerde ölçülmektedir (34).

Hipertansiyon; sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üzerinde olması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması şeklinde tanımlanmaktadır (4). Bir başka tanımda ise hipertansiyon; müdahalenin yararlarının maliyetten fazla olduğuna karar verilen kan basıncı düzeyi olarak belirtilmiştir. Normal kan basıncının kardiyovasküler komplikasyonların oluşacağı spesifik bir üst sınırı yoktur. Bu nedenle, hipertansiyonun tanımı görecelidir, ancak hastanın değerlendirilmesi ve tedavisinde klinik kullanım için gereklidir (35). Son yıllarda yapılan literatür çalışmalarıyla hipertansiyonun tanımının büyük ölçüde değiştiği ve değişmeye devam edeceği ortaya konmuştur. Günümüzde, kan basıncının 140/90 mmHg seviyesini aşması durumunda hastanın hipertansif olduğunun doğrulanması ve antihipertansif tedaviye başlanması önerilmektedir (36). Eğer diyabet, böbrek hastalığı veya kalp ve dolaşım hastalığı varsa, kan basıncında 130/80mmHg altı hedeflenmelidir (4, 33).

Dünyanın birçok ülkesinde hipertansiyon prevalansının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. İngiltere'de hipertansiyon tanısı konmamış 5 milyon kişinin bulunduğu tahmin edilmektedir (37). Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve 6 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı Avrupa ülkelerinde ortalama %44.2, Kuzey Amerika'da %27.6 bulunmuştur (38). Afrika Bölgesinde 25 yaş ve üzeri yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %46 oranı ile en yüksek olduğu görülürken, %35 oran ile en düşük hipertansiyon prevalansının Amerika'da olduğu saptanmıştır (3). Fransa'da, hipertansif olduğu bilinen hastaların %20'si tedavi almamakta, tedavi uygulanan hipertansif hastaların %50'si kontrol edilememektedir. Elde edilen sonuçlar ile hipertansiyon için hazırlanan kılavuzların etkisinin, toplumsal düzeyde yetersiz olduğu görülmüştür (39). Kanada Kalp Sağlığı Araştırmaları sonuçları hipertansiyonun tedavi ve kontrol oranını %16 olarak gösterirken, Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Çalışması (NHANES) hipertansiyonun tedavi ve kontrol oranını Amerika Birleşik Devletlerinde %25 olarak ortaya koymuştur (40).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında ise; 2002 yılında ülkemizde yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda (Paten-T) hipertansiyon prevalansı %31.8 bulunmuştur. Aynı çalışma verilerine göre İç Anadolu Bölgesinde hipertansiyon prevalansı %38.5 olarak açıklanmıştır. İlaç kullanan hipertansiyonu olan kişi oranı %31.1 iken, kan basınçları kontrol altında olanların oranı %8.1'de kalmaktadır. Tek başına ilaç kullanan olgular incelendiğinde, kontrol altında tutulma oranı %20.7'ye yükselmektedir (7). 2003 yılında TEKHARF tarafından 33 yaş üzeri kişilerde yapılan taramada hipertansiyon prevalansı erkeklerde %37, kadınlarda %46 olarak bulunmuştur. Buna göre ülkemizde halen 5.2 milyon erkek ve 6.6 milyon kadında hipertansiyonun var olduğu tahmin edilmektedir (8). Sağlık Bakanlığı tarafından Haziran 2005 yılında yayımlanan "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi" araştırma raporuna göre erkeklerde hipertansiyon görülme sıklığının %19.5, kadınlarda %22.6 olduğu görülmüştür. Ancak toplumda hipertansiyonu olan bireylerin yalnızca %20.1'lik bölümünün antihipertansif ilaç tedavisi alması çarpıcı bir sonuçtur (9). Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevalansı Araştırması'nda (METSAR) hipertansiyon prevalansı erişkin toplulukta ortalama %41.7 oranında görülürken, kırsal kesimde %44.3, kentlerde ise %40.4

oranında bulunmuştur. Buna göre, tedavi ile kontrol altında bulunan olguların oranı %6'dır. METSAR ile ortaya çıkan bir başka sonuç ise diyabetli olgulardaki durumdur. Bilindiği gibi diyabetli olgularda hedeflenen kan basıncı düzeyi 130/80 mmHg'nın altıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde kan basıncı kontrol altındaki diyabetli olgu oranı %1 olarak bulunmuştur (40). Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması verilerine göre, 18 yaş üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31.8 iken, tüm hipertansif bireylerin %61'inin kadın olduğu belirlenmiştir (41). Türkiye Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre ise 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %13.2'si hipertansiyon ile karşı karşıyadır (10).

### **2.1.1. Hipertansiyonun Sınıflandırılması**

#### **2.1.1.1. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon**

Hipertansiyon "karmaşık ve birbirleri ile ilişkili etyolojilerden gelişen bir progresif kardiyovasküler sendrom" olarak tanımlanmaktadır ve hipertansiyonun multifaktöryel bir hastalık olduğu konusunda görüş birliği vardır. Hipertansiyonun oluşumundan çeşitli faktörler sorumlu tutulmuştur. Sempatik sinir aktivitesindeki artış, artmış anjiyotensin II aktivitesi ve mineralokortikoid salınımı hipertansiyonun gelişiminde etkilidir (42, 43). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar genetik faktörlerin çeşitli toplumlarda kan basıncı değişiminde yaklaşık %30 rol oynadığını (42), aralarında angiotensinojen geni ve glukokortikoid reseptör geninin de bulunduğu birçok genin hipertansiyonun oluşmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir (44). Hipertansiyonun gelişimini etkileyen diğer bir etken ırk özellikleridir. Siyahlarda hipertansiyonun ortaya çıkması beyazlara göre daha erken yaşlarda olmaktadır. Herhangi bir yaş dilimi içinde beyazlar ve siyahlar karşılaştırılacak olursa hipertansiyon prevalansının belirgin olarak siyahlarda fazla bulunduğu görülmektedir. Siyahlarda öldürücü olmayan inme sıklığının 1.3 kat, öldürücü inme sıklığının 1.8 kat, kalp hastalığı sıklığı ise 5 kat daha fazla fazladır (45). Hipertansiyonun oluşumunda; çok fazla tuz ve yağ içeren gıda tüketimi, yeterli meyve ve sebze tüketilmemesi, aşırı alkol kullanımı, fiziksel aktivite yetersizliği, etkisiz stres yönetimi gibi birçok davranışsal risk faktörü de rol oynamaktadır. Ayrıca, sağlığın sosyal belirleyicilerinin (gelir düzeyi, eğitim düzeyi, konut durumu

gibi) davranışsal risk faktörleri üzerinde olumsuz etkisi bulunmakta ve bu yolla hipertansiyon gelişimini etkilemektedir (1).

### **2.1.1.2. Esansiyel (Primer - Birincil) Hipertansiyon**

Esansiyel hipertansiyon, temelde varolan, gösterilebilir bir neden bulunmayan hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Hipertansiyon hastalarının %90'dan fazlası bu gruptadır. Esansiyel hipertansiyonun gelişiminde; fiziksel aktivite yetersizliği, kilo fazlalığı, diyetle fazla tuz tüketimi, çok fazla alkol tüketimi, yeterince meyve ve sebze tüketmeme gibi faktörler rol oynayabilir (33, 46). Ayrıca, psikolojik stresle ilişkili olarak sempatik sinir sistemi (SSS) aktivitesindeki artış, endotelin ve tromboksan gibi vazokonstriktörlerin ve sodyum tutucu hormonların aşırı üretimi, potasyum ve kalsiyum alımının yetersizliği, artmış ve uygun olmayan renin salınımı, prostoglandinler ve nitrik oksit gibi vazodilatatörlerin eksiklikleri, direnç damarlarında konjenital anomaliler, diabetes mellitus, insülin direnci, damar büyüme faktörlerinde aktivite artışı ve hücrel iyon transportunda değişme gibi birçok patofizyolojik faktör, esansiyel hipertansiyonun (EHT) oluşmasında rol oynamaktadır (47).

### **2.1.1.3. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon**

Temelde var olan bir hastalık belirtisi ile ilgilidir ve bu hastalığın komplikasyonu olarak gelişir. Hipertansiyonların %5-10'u bu grupta bulunmaktadır (46). Hasta 20 yaş ve altında ya da 60 yaş ve üzerindeyse, batında üfürüm alınıyorsa, kan basıncı ataklar halinde yükseliyorsa, kan basıncı yüksekliği aniden başlamış ve çok şiddetli seyrediyorsa ya da ilaç tedavisine yanıt alınamıyorsa ikincil hipertansiyon yönünden incelenmesi gerekmektedir (48). Sekonder hipertansiyon; uyku apnesi, ilaca bağlı nedenler, kronik böbrek yetmezliği, primer aldosteronizm, renovasküler hastalık, kronik steroid tedavisi ve Cushing sendromu, feokromasitoma, akromegali, tiroid ya da paratiroid hastalıkları, aort koarktasyonu, Takayasu Arteriti gibi nedenlerle oluşabilmektedir (49).

#### 2.1.1.4. Kan Basıncı Düzeyine Göre Hipertansiyon

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Derneklerinin (ESC/ESH) 2013 yılında Arteriyal Hipertansiyonun Yönetimi konusunda yayımladığı son kılavuzda hipertansiyon tanısında evde kan basıncı ölçümlerinin daha fazla vurgulandığını söylemek mümkündür. Bu kılavuzda da “ofis” ölçümlerinin hala hipertansiyon tarama, tanı ve tedavisinde “altın standart” olduğu belirtilmişse de, bu yöntemin kısıtlılıklarının ve evde ölçüm yönteminin çok önemli katkılar sağlayacağını altı çizilmiştir. Önceki kılavuzda sistolik kan basıncı değerleri için tek bir değerden ziyade genellikle bir “değer aralığı” verilmişken, son kılavuzda tek bir “sınır değer” verilmiştir (50, 51).

JNC-7 (2003)	NICE (2011)	ESH/ESC (2013)
<b>Hipertansiyon Evre 1</b> SBP 140-159 mmHg ya da DBP 90-99 mmHg	<b>Hipertansiyon Evre 1</b> CBPM $\geq$ 140/90 mmHg ve ABPM/HBPM $\geq$ 135/85 mmHg	<b>Hipertansiyon Evre 1</b> Klinik SBP 140-159 mmHg ya da DBP 90-99 mm Hg Home SBP $\geq$ 135 ya da $\geq$ 85
<b>Evre 2</b> SBP $\geq$ 160 mmHg ya da DBP $\geq$ 100 mmHg	<b>Evre 2</b> CBPM $\geq$ 160/100 mmHg ve ABPM/HBPM $\geq$ 150/95 mmHg	<b>Evre 2</b> SBP 160-179 mmHg ya da DBP 100-109 mmHg
	<b>Şiddetli Hipertansiyon</b> CBPM SBP $\geq$ 180 mmHg ya da DBP $\geq$ 110 mmHg	<b>Evre 3</b> SBP $\geq$ 180 mmHg ya da DBP $\geq$ 110 mmHg
<b>ABPM</b> = Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü <b>BP</b> = Kan Basıncı <b>CBPM</b> = Klinik Kan Basıncı Ölçümü <b>ESH/ESC</b> = Avrupa Hipertansiyon Derneği / Avrupa Kardiyoloji Derneği <b>HBPM</b> = Ev Kan Basıncı Ölçümü <b>JNC</b> = Birleşik Ulusal Komite <b>NICE</b> = Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü <b>SBP</b> = Sistolik Kan Basıncı <b>DBP</b> = Diyastolik Kan Basıncı		

Şekil 2.1. Kılavuzlara Göre Hipertansiyon Tanımları (4, 52).

#### 2.1.1.5. Hedef Organ Tutulumuna Göre Hipertansiyon

Hipertansiyonda tanı koyma ve tedavi etmenin amacı, kardiyovasküler hastalığı ve ilişkili olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ



tutulumu, çeşitli risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmesi gerekir. Yüksek - normal kan basıncına göre 1. 2 ve 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilmektedir (53).

Kan basıncının derecesi(mmHg)	Risk grubu A	Risk grubu B	Risk grubu C
	Risk faktörleri yok HOH/KKH yok	Diyabet hariç en az bir risk faktörü var HOH/KKH yok	HOH/ KKH, ve/veya var (diğer risk faktörleri var veya yok)
<b>Yüksek-normal</b> (130-139 / 85-89)	Non-farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	İlaç tedavisi ©
<b>Evre 1</b> (140-159 / 90-99)	Non-farmakolojik tedavi (12 aya kadar)	Non-farmakolojik tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi
<b>Evre 2 ve 3</b> ( $\geq 160$ / $\geq 100$ )	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi
©: Kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği veya diyabet'i olanlar HOH: Hedef organ hasarı KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık DM: Diabetes mellitus			

**Şekil 2.2.** Kan Basıncı Yüksekliğine Göre Risk Grupları (53).

Hipertansiyonu olan bireylerde diabetes mellitus ve metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız birer risk faktörüdür. Etkilenen tüm hedef organlar içinde böbrek, hasarı en erken ortaya çıkan organ olup mikroalbüminüri majör bir risk unsurudur. Hipertansif bireylerin önemli bir kısmında renal fonksiyon kaybı ve mikroalbüminüri gösterilmiştir. Son dönem böbrek hastalığının en önemli ikinci sebebi hipertansiyona bağlı nefrosklerozdur. Hipertansif bireylerde kronik böbrek hastalığı gelişimi hakkında literatür bilgisi oldukça az olmakla birlikte renal yetmezlik geliştiğinde koroner ve serebrovasküler olay riskinin arttığı konusunda ciddi bir fikir birliği vardır (54).

## 2.2. Hipertansiyonun Değerlendirilmesi

Hipertansiyon, anjina, miyokard enfarktüsü, inme veya konjestif kalp yetmezliği gibi morbid sekeller oluşturmadan önce asemptomatik seyreder. Bazı hastaların hipertansiyona bağlı baş ağrıları olabilir, ancak çoğunlukla bu baş ağrısının yüksek kan basıncının nedeni mi yoksa sonucu mu olduğunu belirlemek zordur (55).

Baş ağrısı en fazla uykudan uyanırken duyulur, başın arka tarafında enseye yakın bölgede yerleşir, zonklayıcı karakterde olabilir. Analjezik almayı gerektirmeden birkaç saat içinde geçer. Sabah baş ağrıları her zaman hipertansiyona nedeniyle olmayabilir, kilolu veya obez hipertansif bireylerde sık görülen uyku apnesinden de (noktürnal hipoksi) kaynaklanabilir. Baş ağrısının bir diğer nedeni ise, özellikle hipertansiyon tanısı yeni konulmuş hastalarda anksiyetedir (56). Hipertansiyon bazen baş ağrısının yanı sıra; nefes darlığı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı, burun kanaması gibi belirtilere neden olabilmektedir. Ancak, hipertansif bireylerin çoğunda hiçbir belirti görülmez (57).

Hipertansiyonun klinik değerlendirmesinde dört amaç gözetilmektedir. Bunlar; kan basıncının yüksek olduğunun doğrulanması ve düzeyinin saptanması, ikincil hipertansiyon olup olmadığının araştırılması, hedef organ hasarı varlığının değerlendirilmesi, prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek kardiyovasküler risklerin araştırılması olarak sıralanabilir (58). Uygulanabilecek tanı yöntemleri; tekrarlanan kan basıncı ölçümlerini, tıbbi öykü almayı, fizik muayeneyi, laboratuvar araştırmalarını ve özel cihazlarla yapılan araştırmaları içermektedir (59).

### **2.3. Hipertansiyonun Tedavisi**

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan çok sayıda ilaç bulunmakta ve bunlara yeni ilaçlar sürekli eklenmektedir. Her hasta tedaviye verdiği yanıtta birbirinden farklı olduğundan ve hiçbir ilaç tüm yönleriyle diğerlerine üstünlük sağlamaması nedeni ile, bu ilaçların kullanımını hakkında bilgi sahibi olunması gerekmektedir. Amaç kan basıncının “normal” hale getirilmesi olsa da, çoğu hastada kan basıncını hızlı biçimde normale döndürmek gerekmez ve tam hipotansif etki çıkmadan önce çoğu ilacın birkaç haftaya ihtiyacı vardır. Kan basıncında çok hızlı düşüş kalp, beyin ve böbreklerin kan akımını bozarak kalp krizi, inme veya böbrek yetmezliğini tetikleyebilmektedir (60).

İlaç Grubu	Endikasyonları	Kontrendikasyonlar	Yorumlar
<b>Tiazid Grubu Diüretikler</b>	Kalp yetmezliği, yaşlı hastalar, sistolik hipertansiyon, diyabet	Gut, dislipidemi, cinsel yönden aktif erkekler	Siyah ırk dahil olmak üzere çoğu hasta grubunun seçtiği bir ilaç, ucuz, etkili
<b>Beta-Blokörler</b>	Anjina, post-miyokardiyal enfarktüs, taşiaritmiler, kalp yetmezliği, gebelik, diyabet	Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, atletler ve fiziksel olarak aktif hastalar, periferik damar hastalığı	Ucuz, etkili, siyah ırk hastaları bu ilaçlara daha az duyarlı
<b>ACE-İnhibitörleri</b>	Kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, post-miyokardiyal enfarktüs, diyabetik nefropati	Gebelik, hiperkalemi, bilateral renal arter darlığı	Siyah ırk üzerinde genellikle daha az etkili, kalıcı-rahatsız edici öksürük nedeniyle başka bir ilaç kullanılması gerekebilir
<b>Kalsiyum Kanal Blokerleri</b>	Anjina, yaşlı hastalar, sistolik hipertansiyon, periferik damar hastalığı	Kalp bloğu, konjestif kalp yetmezliği	Pahalı gelebilir, siyah ırk üzerinde çok etkili
<b>Alfa-Blokerler</b>	Prostat hipertrofisi, glukoz intoleransı, dislipidemi	Postural hipertansiyon, gebelik, idrar kaçırma	Yalnız kullanılmaktan kaçınılmalı
<b>Angiotensin Reseptör Blokerleri</b>	Kalp yetmezliği, ACE inhibitörlerinin kullanımından kaynaklanan öksürük	Gebelik, bilateral renal arter darlığı, hiperkalemi	ACE inhibitörlerine benzer fakat öksürük oluşturmaz, daha az ve ciddiyeti daha düşük yan etkileri olabilir, pahalı gelebilir

Şekil 2.3. Hipertansif İlaçlar: Endikasyonları ve Kontrendikasyonları (15).

**1) Diüretikler:** Hipertansiyon tedavisinde uzun yıllardır kullanılmakta olan diüretikler çeşitli mekanizmalarla idrar miktarını arttırmaktadır. Tiazid grubu diüretikler distal tubulusun ilk bölümünde sodyumun geri Emilimini önlerken lümen diüretikleri henle kulbunun çıkan koluna etki eder. Potasyum tutucu diüretikler ise aldosteronu bloke ederek (aldosteron antagonistleri) ya da tubuluslardan potasyum salgılanmasını önleyerek (amilorid ve triamteren) etkili olur. Diüretiklerin kan basıncını düşürücü etki mekanizması: natriürez, plazma hacminin azalması ve vazodilatasyon (damarların sempatik uyarıya yanıtını azaltarak ve arteriyol duvarlarındaki ödemi geriltilerek) şeklinde sıralanabilir Tiazid grubu diüretiklerde başlangıçta plazma hacmi ve kalp debisinin azalması mümkündür. Ancak bu değerler daha sonra normale döner. Tiazid grubu ilaçların istenmeyen etkileri; hipokalemi, hiperürisemi, hiperkolesterolemi ve hiperglisemidir (61).

**2)Beta Blokörler:** Hipertansiyon tedavisinde uzun yıllardır kullanılan beta blokerler kalp debisini, renin salınımını, pre-sinaptik norepinefrin salınımını azaltarak ve santral etki ile kan basıncını düşürürler (61). Diüretikler ya da diğer antihipertansiflerle kombine edildiğinde daha etkin olsalar da kendi başlarına da etkin olarak kullanılabilirler ve belirgin ortostatik etki yaratmazlar. Bu ilaçlar obstrüktif akciğer hastalığını alevlendirebileceği, kalp yetersizliğini ve kladikasyonu ağırlaştırabileceği için bu hastalığa sahip kişilerden kaçınmak gerekir (60).

**3)Alfa Blokörler:** Hipertansiyon tedavisinde yıllardır kullanılmakta olan alfa blokerler, alfa I reseptörleri bloke ederek periferik damar direncini ve kan basıncını düşürmektedir. Bu ilaçların belirgin arteriyolar ve venöz vazodilatasyon etkileri vardır. İlk dozları derin postüral hipotansiyona yol açabilir (61).

**4) ACE İnhibitörleri (ACEI):** Son yıllarda hipertansiyon tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar arasında yer alan ACE (Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim) inhibitörleri, damarları genişleterek (anjiyotensin-II oluşumunu önleyerek ve bradikinin yıkımını azaltarak), damar hipertrofisini ve sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürürler (61). Kalp hızı ve kalp debisinde büyük etkileri yoktur. ACE inhibitörleri tüm hipertansiyon evrelerinde tek başlarına etkindirler, ancak etkileri diüretiklerle artmaktadır. ACE inhibitörleri ile potasyum tutucu diüretiklerin birlikte kullanımı önerilmez. Tedavinin ilk başlangıcında derin hipotansiyon gelişebilir. Bu duruma ancak yüksek doz diüretik tedavisine bağlı hipovolemisi olan hastalarda rastlanır. Bu durum, diüretikler ACE inhibitörüne başladığı gün kesilip daha sonra düşük doz başlanarak aşılabilir. Öksürük özellikle sıkıntılı bir yan etkidir ve hastaların yaklaşık %5'inde oluşur. Diğer yan etkileri arasında tat bozuklukları, bulantı, ishal, döküntü, nötropeni ve proteinüri sayılabilir (60).

**5)Anjiyotensin II (A-II) Reseptör Blokerleri (ARB):** Mevcut ilaç grupları içerisinde en yenisi olan ve giderek daha sık kullanılan ARB, damarları genişleterek (anjiyotensin II'nin etkisini önleyerek), damar hipertrofisini ve sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürmektedir. Kan basıncını düşürmede etkin

görünürler ve yan etkileri nispeten daha azdır. ACE inhibitörlerinin aksine öksürüğe yol açmazlar, bunun nedeni muhtemelen bradikinin yıkımını engellemeleridir (61).

**6)Kalsiyum Kanal Blokörleri (KKB):** Hipertansiyon tedavisinde yıllardır kullanılan kalsiyum antagonistleri, voltaj bağımlı kalsiyum kanallarını bloke ederek periferik damar direncini ve kan basıncını düşürürler. Bu ilaçlarla ilgili başlıca yan etkiler baş ağrısı, kızarma ve ayak bileği ödemidir. Verapamil ve diltiem gibi fenilalkilamin kalsiyum kanal blokerleri, miyokardiyum ve ileti sistemi üzerinde daha fazla etkiye sahiptir. Bunların vazodilatatör yan etkileri yoktur, fakat negatif inotropik etkileri bulunmaktadır ve kalp yetersizliğini ağırlaştırabilirler (60, 61).

**7)Merkezi Sinir Sistemi Yoluyla Etkili İlaçlar:** Bu gruptaki ilaçlar, merkezi sinir sistemi yoluyla sempatik aktiviteyi azaltarak kan basıncını düşürürler (61).

**8)Direkt Vazodilatatörler:** Günümüzde yaygın kullanım alanı bulamayan bu ilaçlar, direkt olarak arteriolar vazodilatasyon yaparak kan basıncını düşürürler (61).

**Kombinasyon Tedavisi:** Kombinasyon tedavisinde birbirine uygun ilaçların seçilmesi son derece önemlidir. Hipertansiyonda ilaç kombinasyonları ile ilgili iki seçenek bulunmaktadır: Ya tek bir tablet içindeki iki ilaç birlikte kullanılır, ya da iki ilaç ayrı tabletler halinde verilir. İlaç sayısının azaltılması yönünden tek tablet içindeki kombinasyonlar avantaj sağlamaktadır, ancak ilaç dozlarının ayarlanması yönünden sabit doz kombinasyonları zorluk yaratabilmektedir (60).

**Hipertansiyonda Nonfarmakolojik Yöntemler:** Antihipertansif tedaviye olan gereksinimi azaltması ya da ortadan kaldırması nedeniyle, ilaç tedavisi uygulansın ya da uygulanmasın tüm hipertansif bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri oluşturulmalıdır (62). Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansif olma olasılığını azaltabileceği gibi, kan basıncını ve kan basıncı ile ilişkili komplikasyonların oluşma riskini düşürücü etkisinden söz edilmektedir (63). Aşağıda bazı yaşam tarzı

değişikliklerinde oluşabilecek sistolik kan basıncı değerlerine ilişkin örnekler yer almaktadır.

<b>DEĞİŞİKLİK</b>	<b>TAVSİYE</b>	<b>SİSTOLİK KAN BASINCINDAKİ YAKLAŞIK AZALMA</b>
<b>Kilo Verme</b>	Normal vücut ağırlığını korumak	5–20 mmHg/10 kg
<b>(DASH) Uyumu</b>	Sebze ve meyveden zengin diyet, total ve doymuş yağ oranı az, düşük yağ içerikli diyet ürünler tüketmek	8–14 mm Hg
<b>Diyet Sodyum /Sodyum Klorür</b>	Diyet, sodyum en fazla 2.4 g sodyum veya 6 g tuz ile sınırlı tutmak	2–8 mmHg
<b>Fiziksel Aktivite</b>	Haftanın çoğu gününde düzenli aerobik fiziksel aktivite (en az 30 dakika/gün )	4–9 mmHg

**Şekil 2.4.** Önerilen Yaşam Tarzı Değişiklikleri (11).

Günümüzde yaşam tarzı ile ilişkili olan en yaygın problemlerden birisi, vücut ağırlığının fazla olmasıdır. Obezite; kompleks bir hastalık olup, ciddi sosyal ve psikolojik etkileri bulunmaktadır. Obezite görülme oranı (BKİ>30) son 20 yıl içinde üç kat artan bir epidemiyi oluşturmuş ve bu artış birçok gelişmiş ülkeye yansımıştır (64).

Hipertansiyonu olsun ya da olmasın tüm bireylerde sağlıklı beslenme düzeni olan DASH diyeti (Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımı) uygulanarak ve tuz tüketimi azaltılarak, kan basıncı azaltılmaları mümkündür (65). DASH beslenme planı; meyve, sebze, yağsız /az yağlı süt ve süt ürünleri, kepekli tahıllar, balık, kümes hayvanları, fasulye ve fındık yönünden zengindir. Ayrıca, tipik bir Amerikan diyetine göre daha az tuz, sodyum, tatlı, ilave şeker, şekerli içecek, katı yağ ve kırmızı et içerir. Doymuş yağ, kolesterol ve trans yağ oranı düşüktür, kan basıncını azaltıcı etkisi bulunan; magnezyum, kalsiyum, protein ve lif yönünden zengin besinleri içerir. DASH diyetinin diğer yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte kullanılması, yüksek kan basıncını önlemede ve kontrol altında tutmakta yararlı olacaktır (66).

Sigara kardiyovasküler hastalık için bağımsız bir risk faktörüdür. Sigarayı bırakma, kardiyovasküler hastalık ve prematüre ölümleri önlemek için yapılabilecek en etkili yaşam tarzı girişimlerden birisi olarak kabul edilmektedir (62).

Çok fazla alkol kan basıncını yükseltebilir, karaciğer, beyin ve kalbe zarar verebilir. Eğer alkol kullanılıyorsa aşırı tüketiminden kaçınılmalı, kadın için günlük 1 alkollü içki, erkek için günlük 2 alkollü içkiden fazlası tüketilmemelidir (67, 68).

Egzersiz ile birlikte yapılan yaşam biçimi değişiklikleri hipertansiyondan korunma, tedavi ve kontrolde oldukça önemlidir. Normal ve hipertansif kan basıncına sahip yetişkinlerde özellikle dayanıklılık aktivitelerini içeren egzersiz programları hipertansiyonun gelişiminde koruyucu etkiye sahiptir. Kan basıncını azaltıcı kapasitesinin optimal düzeyde olması için egzersizin şiddeti, tipi, sıklığı ve süresi özellikle çocuklarda, kadınlarda, yaşlılarda ve hatta etnik gruplarda bile çok iyi şekilde belirlenmelidir (69).

Stresli durumlar kan basıncı yükselmesine neden olabilmekte, ancak stresli durumdan uzaklaşıldığında kan basıncı genellikle normale dönmektedir. Gevşeme egzersizleri ve meditasyon kan basıncındaki bu kısa süreli artışları önlemeye yardımcı olabilir (33).

### **2.3.1. Hipertansiyonda Tedavi Uyumu**

Tedavi uyumu hastanın başlangıçtan itibaren 12 ay boyunca antihipertansif tedaviye devam etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (70). Hipertansiyon tedavisinde en önemli sorun, hipertansiyonu olan kişilerin tedaviye uyum gösterememeleridir. Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, hipertansiyon tanısı almış hastaların yarısı tanıdan sonraki bir yıl içerisinde hipertansiyonla ilgili hizmet almayı bırakmakta, tıbbi izlemi sürdürenlerin ise yalnızca yarısı reçete edilen ilaçları almaktadır. İlaç reçete edilirken ve tedavi izlemi yapılırken hastanın sosyo-kültürel durumunun, bilişsel işlevlerinin, genel sağlık durumunun, kullandığı diğer ilaçların mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği bildirilmekte, izlem sıklığı ile ilgili kesin bir süre verilmeyip, yeni tedaviye başlandıktan sonra ilk üç ay boyunca hastanın yakından izlenmesi, eğer herhangi bir sorun yoksa altı ayda bir kontrole çağrılması önerilmektedir (58).

Hastadan iyi bir öykünün alınması, uyum problemlerinin potansiyel nedenlerini anlamak için gereklidir. Doğru bir öykü sadece hastaları dinleyerek elde edilebilir. Hastalar, verdikleri cevapların kendileri hakkında kullanılabileceğini düşündüklerinde daha az doğru bilgi elde edilebilir. Hastayı dinlemek, hasta hakkında bilgi edinmek, hasta tecrübelerini anlamak ve uyum problemleri dahil olmak üzere çeşitli davranış problemlerini değiştirmelerinde hastalara yardımcı olabilmek için gereklidir. Hastaların kullandıkları ilaçların etkinliğine ilişkin düşüncelerini öğrenmek, olası uyumsuzluk nedenlerini aydınlatmakta etkili olabilmektedir (71).

<i>Hasta Özellikleri</i>	<i>Klinik Faktörler</i>	<i>Sağlık Sistemiyle İlgili Faktörler</i>	<i>Tedaviyle İlgili Faktörler</i>	<i>Öz-Yönetim / Davranışsal Faktörler</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Yetersiz sosyal destek</li> <li>-Bilgi eksikliği</li> <li>-Düşük özyeterlik</li> <li>-Düşük yaşam kalitesi</li> <li>-Unutkanlık</li> <li>-Başa çıkma becerilerinde yetersizlik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertansiyonun asemptomatik doğası</li> <li>-Hipertansiyon süresi</li> <li>-Hipertansiyon şiddeti</li> <li>-Beden kitle indeksi</li> <li>-Depresif belirtiler</li> <li>-Diğer eşlik eden hastalıklar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sağlık kuruluşunun özellikleri / algılamaları</li> <li>-Sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik</li> <li>-Sağlık hizmetlerine erişimin düşüklüğü</li> <li>-Sigorta Durumu</li> <li>-Eczaneden faydalanma durumu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-İlaçların sayısı</li> <li>-İlaç rejimindeki karmaşıklık</li> <li>-İlaçların yan etkileri</li> <li>-İlaçların maliyetleri</li> <li>-Etkisiz ilaç veya uygun olmayan ilaç seçimi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı</li> <li>-Yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluk</li> </ul>

**Şekil 2.5.** Antihipertansif Tedaviye Uyum Engelleri (58).

#### 2.4.Özyeterlik

Öz-yeterlik (self-efficacy) kavramı ilk kez 1977 yılında Stanford üniversitesinde, ünlü psikolog Albert Bandura tarafından ele alınmıştır. 20.yüzyılda öz-inancın insan hayatındaki öneminin anlaşılması ile birlikte bu kavram üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bandura'nın davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan öz-yeterlik kavramı, sosyal öğrenme kuramının temel



bileşenlerinden bir tanesidir ve bireyin bütün davranışlarının altında yatan yeterlik beklentisi ile sonuç beklentisi mekanizmalarından oluşmaktadır (72, 73). Özyeterlik kavramı “Bireyin belirli bir konuda başarılı olmak amacıyla gerekli etkinlikleri organize ederek uygulamasına ilişkin inancı” olarak tanımlanmaktadır. Bandura’ya göre öz yeterlik inancı, kişilerin olası durumlar ile başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabileceklerine ilişkin bireysel yargılarıyla ilgilidir (16, 74).

Öz-yeterlik, algılanabilen, gözlenebilen bir beceri olarak düşünülmemelidir. Bazı durumlarda bireyin becerileriyle “ne yapabilirim” sorusuna verdiği yanıtla ilgili duyduğu içsel inançtır (75). Öz-yeterlik, bireylerin nasıl hissedeceğini ve davranacağını, ne düşüneceğini belirleyen önemli bir özelliğidir. Kişinin kendi kendine ilişkin inançları; davranış değiştirme amacını, motivasyonunu ve amacına ulaşmak isterken karşılaşacağı engellerle mücadele edebilme gücünü etkilemektedir. Başarı kazanmak insanların yeterlik inançlarını güçlendirirken, başarısızlık öz-yeterlik inancı gelişmeden meydana gelir ise bireyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (73).

Öz-yeterliğin büyüklük, güç ve genellenebilirlik olarak üç boyutu bulunmaktadır. Büyüklük boyutu, bireyin bir davranışı yapabileceğine yönelik inanç düzeyidir. Güç boyutu, bireyin davranışı bu düzeyde yerine getirebileceğine dair güvenidir. Üçüncü boyutu olan genellenebilirlik boyutu ise, öz-yeterliğin bir durumdan diğerine göre değişip değişmediği ya da ne derece değiştiği ile ilgilidir (74).

Öz yeterlik inancı insan yaşamında önemli bir yere sahiptir ve birbiriyle ilişkisi olan dört kaynağa bağlıdır. Bu kaynaklar: performans deneyimleri, duygusal durum, dolaylı yaşantılar ve sözel ikna (dıştan destek) şeklinde sıralanabilir.

**1)Performans Deneyimleri:** Kişinin doğrudan kendi deneyimleri ile ilişkili olup, bireylerin tecrübelerini ifade etmektedir. Kazanılan kişisel deneyimler, öz-yeterliğin en önemli ve en güçlü kaynağını oluşturur. Bir görevi yerine getirmek için önceki deneyimlerin sonuçları, benzer görevleri yerine getirebilme inancını etkilemekte, bireyin yaptığı işlerde gösterdiği başarı ödül etkisi oluşturarak, bireyin ileride yaptığı işleri de etkilemektedir (76).

**2)Duygusal Durum:** Kişilerin içinde bulunduğu ruh halini ifade etmektedir. Kişinin davranışta bulunacağı anda ruhsal ve bedensel yönden sağlıklı durumda olması, onun davranışa yönelik girişimde bulunma olasılığını arttırmaktadır. Yüksek kaygı ve stres altında bulunan bireyler, herhangi bir görevi yerine getirmede kendilerini yeterli düzeyde hissetmeyebilir (76).

**3)Dolaylı Yaşantılar:** Bireylerin çevresinde bulunan (öğretmenleri, kardeşleri, akranları gibi) kişileri izleyerek elde ettiği dolaylı deneyimleri ifade etmektedir. Bireylerin gözlemlediği kişilerin performans sonuçları kendi öz-yeterlik inancı üzerinde olumlu veya olumsuz bir etkiye sahip olabilmekte, çevresindeki kişilerin başarılarını görmek, kişinin kendisinin de başarılı olabileceği inancı üzerinde olumlu etki yaratabilmektedir (76, 77). Bandura'ya (2004) göre, eğer bireyler diğer kişilerin çaba harcayarak başarılı olduklarını görürlerse ve yeteri kadar çalışırlarsa, kendilerinin de başarıya ulaşacak kapasiteye sahip olduklarına inanmaya başlarlar (78).

**4)Sözel İkna (Dıştan destek):** Bireylerin ortaya koyduğu performansa yönelik olarak yakın çevresinin (aileleri, öğretmenleri ve arkadaşları) verdikleri olumlu ve olumsuz dönütleri ifade etmektedir. Başkaları tarafından yapılan söz ve öğütler, bir davranışın başarılı bir şekilde ortaya koyabilmesine yönelik bireyi cesaretlendirebilir ve öz yeterliğin değişmesine katkıda bulunabilir (76).

Bandura (1986) öz-yeterlik inancı üzerine en güçlü etkinin doğrudan yaşantılar yoluyla, ikinci güçlü etkinin dolaylı yaşantılar yoluyla olduğunu belirtmektedir. Üçüncü etki kaynağı sözel iknadır. Son etki kaynağında ise, stres, yorgunluk gibi fizyolojik ve duygusal durumların bireyin öz-yeterlik inancını etkilemesi ile olmaktadır (79).

Haidt ve Robin'e (1999) göre öz yeterlik inancı birçok bağlamdaki başarı ve performans için en iyi öngörüü sağlamaktadır (80). Özyeterlik yetenekli olmayla ilişkilendirilmemelidir. Ancak, kişinin kendi kaynaklarına güvenmesine karşılık gelmektedir. Bir durumla baş etmede yeterli düzeyde becerileri olan, fakat özyeterliliği düşük olan kişi, bu becerilerini istenilen düzeyde harekete geçirmede

sorunlar yaşayabilir. Özyeterlik kavramı, bir eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında olunması, bu becerilerin örgütlenmesi, zorluklarla birlikte elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi ile elde edilen güdülenme düzeyi gibi öğeleri içermektedir. Bireyin geçmiş yaşantısındaki başarılı deneyimleri, kişisel olarak benzer özellikleri taşıyan diğer kişilerin başarı örnekleri, çevreden alınan olumlu geridönütler ve olumlu duygudurum özellikleri özyeterlik inancını besleyen kaynaklardır (81).

Öz-yeterlik, davranışlar üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Özyeterliliği düşük olan kişiler, konuları gözlerinde büyütebilir, onların gerçekte olduklarından daha zor olduğuna inanabilirler. Bu inanç da stresin ve depresyonun artmasına neden olur, problem çözme vizyonunu daraltır. Güçlü bir bireysel yeterlik hissi; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha çok sosyal bütünleşmeyle ilişkilidir. Zor işler ve etkinliklere daha rahat yaklaşılmasını sağlar. Dolayısıyla öz-yeterlik kavramı; okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi, sosyo-politik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilir (73, 82).

Öz yeterlik, bir motivasyon (isteklendirme) değildir. Ancak, özyeterlik algısı ile bireyin motivasyonu arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Öz yeterlik kavramı, öğrenmek için motivasyonu arttırmada güçlü bir faktördür (16, 75, 83). Bireyler amaçlarına ulaşmak adına kendilerini motive eder, ne yapabilecekleri hakkında inaçlar edinir, çeşitli hedefler belirler ve bu hedefler ulaşmak için planlar yaparlar. Kişinin var olan kapasitesine ilişkin inancı ne kadar fazla ise, o kadar çok çaba harcarlar.

<b>Öz-Yeterliliği Yüksek Olan Kişilerin Özellikleri</b>	<b>Öz-Yeterliliği Düşük Olan Kişilerin Özellikleri</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karmaşık olaylarla baş edebilme</li> <li>• Problemlerin üstesinden gelme</li> <li>• Başarmak için kendisine güvenme</li> <li>• Okulda daha başarılı olma</li> <li>• Meslek hayatlarında daha başarılı olma</li> <li>• Çalışmalarında sabırlı olma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olaylarla baş edememe</li> <li>• Umutsuzluk ve mutsuzluk</li> <li>• Kendisine güvensizlik</li> <li>• Başarısızlıkta tekrar denemekten kaçma</li> <li>• Çabasının sonucu değiştirmeyeceğine inanma</li> <li>• Sabırsızlık</li> </ul>

**Şekil 2.6.** Öz-Yeterliliği Düşük ve Yüksek Düzeyde Olan Kişilerin Özellikleri (84).

## 2.5. Motivasyonel Görüşme

Transteoretik Model, Prochaska ve arkadaşları tarafından 1979 yılında oluşturulmuş, sigara içenlerin profesyonel tedavileri sürecindeki özgüven değişimini inceledikleri çalışmaların sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu model, psiko-terapi'nin pek çok kuramını birleştirmektedir (85). Transteoretik Model, bireyin davranış değiştirme sürecini tanımlayan bir modeldir. Bu modelde riskli davranışların değiştirilmesinde bireysel özelliklerin etkisinin minimum seviyede olduğu, kişisel özelliklerden çok bireyin değişimi isteyip istemediğinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Birey olumsuz bir davranışını değiştirmeye kadar çeşitli süreçlerden geçmektedir. Transteoretik Model'de değişim gerçekleşinceye kadar 3 süreç meydana gelmektedir. (86, 87). Bunlar;

1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Geçici Boyutu)
2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)
3. Değişim Seviyeleri: Öz-Yeterlik, Teşvik Eden Faktörler, Karar Alma (Bağımlı Değişken Boyutu) olarak sıralanabilir (88).

Transteoretik Model'in temel unsuru, değişim aşamaları olduğu için, bu model değişim modeli olarak da tanımlanabilmektedir. Transteoretik model ve motivasyonel görüşme yaklaşımlarında açıklanan değişim süreçleri oldukça uyumlu olmalarına ve bütünleştirilmelerine rağmen, bu sürecin anlaşılması ve müdahale edilmesinin önünde; motivasyonel görüşmenin belirli danışan değişim süreçlerini nasıl etkilediği, transteoretik model ile motivasyonel görüşmenin bir arada kullanımı, uzun ve kısa süreli müdahalelerin karşılaştırmalı kullanımı gibi araştırılması gereken bazı zorlukları vardır. Motivasyonel görüşme ve değişim evreleri arasındaki en belirgin bağlantı motivasyonel görüşmenin erken evrelerindeki danışanlarla kullanılabilir mükemmel bir danışmanlık biçimi olmasıdır (89).

Motivasyonel Görüşme hedefleri aynı olan ve birbirinden oldukça farklı 2 evreden oluşmaktadır. I. evrede amaç değişim için içsel motivasyonun kazanılmasını sağlamaktır (90, 91). Bunun için ilk adımı Önemlilik ve Güven-Yeterlik Ölçeğinin uygulanması oluşturur (92). İkinci evrede ise amaç değişim taahhüdünü güçlendirmektir. Bu amaca yönelik olarak görüşmelere değerlendirme, sorun ve değişim konusunda gelinecek noktayı özetleme ile başlanır. Anahtar sorularla devam

edilir, gerektiğinde bilgi ve tavsiye verme de kullanılabilir (89). II. evrede danışanın odağı değiştirmek için istediği ve yapmayı planladığı olgular önemlidir. Değişim konuşmaları olgunlaştıktan sonra amaç saptanmalı, I. evreden II. evreye geçilmeli, daha sonra değişim sürekli hale gelmelidir (90, 91).

Miler ve Rollink'e göre (2009) motivasyonel görüşmenin beş temel ilkesi vardır. Bu genel ilkeler şunlardır: empatiyi ifade etmek, çelişki geliştirmek, tartışmadan (argüman) kaçınmak, dirençle baş etmek ve öz yeterliği desteklemektir (93). **Empatiyi ifade etme;** hastayı olduğu gibi kabul etmeyi içerir. Aynı zamanda duyguları yansıtan dinlemenin yapılması bu ilke açısından oldukça önemlidir. **Çelişki geliştirme;** hastanın, mevcut davranışının onun önemli kişisel hedeflerini ve değerlerini nasıl etkilediğini ve tutarsızlaştırdığını görmesini ve hissetmesini kapsar. **Tartışmadan (argüman) kaçınma;** ise terapistin dikkat etmesi gereken önemli bir noktadır. Aksi takdirde hasta savunmaya geçer ve tedavi için direnç geliştirir. **Dirençle baş etme;** buradaki strateji hastanın yaşadığı kararsızlığın doğal olduğunu kabul etmektir. Terapist burada sorunu saptar ve hastanın bu soruna yeni bakış açıları kazandırmasını sağlar. Bu bakış açılarını terapist göstermez. Hastanın fark etmesi için çabalanır. **Öz yeterliliği destekleme** ise; bireyin geçmiş başarılarının keşfini içerir. Terapist, hastanın yaşadığı önceki sorun alanları ile mevcut durumun karşılaştırılmasını sağlayarak, kişinin değişim için inancını arttırmayı hedefler.

Motivasyonel görüşmede terapistin rolünün otoriter olmaması gerekir. “ben bir uzmanım ve hayatımı nasıl değiştireceğimi sana söyleyeceğim” mesajından kaçınılmalıdır. Hastalar her zaman bizim öğütlerimizi tutmak veya tutmamakta özgürdürler. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç, hastanın içsel motivasyonunu arttırmak olmalıdır (94).

Motivasyonel görüşmede Miler ve Rollnick tarafından geliştirilen bazı temel etkileşim stratejileri bulunmakta, bunların yalnızca tedavinin ilk aşamalarında değil, tüm tedavi süresince kullanılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Motivasyonel görüşmede temel töropatik beceri ya da yöntemleri: Açık uçlu sorular, yansıtımlı dinleme, özetleme, kabullenme ve değişimi konuşma şeklinde sıralanabilir (93, 95).

**Açık uçlu soru sorma:** Açık uçlu soru sorma yöntemi ile bireyleri yönlendirmeden, kendi sözleriyle kendi hikâyelerini anlatması sağlanır. Bu şekilde

danışman için değil birey için neyin önemli olduğu ortaya çıkar. Anlaşıldığını hisseden birey ile ilgili daha dataylı bilgi toplanmış olur ve ilişkinin kalitesi artar. Gerçek bir ilgi ve saygı gösteren danışman böylelikle kişinin özerkliğini arttırır, ona kendini duyması için fırsat sunar (93, 96).

**Doğrulamanın kullanılması:** Danışmanlar, bireyleri güçlendirmek için onlara olumlu davranışları hakkında geri dönüşler yapmalıdır. Bu yöntem davranışı pekiştirecektir. Bireyin farkındalığını arttıracaktır. Danışman bu süreçte “Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğini sana söyleyeceğim” şeklindeki bir ifadeden kaçınmalıdır (93, 96).

**Yansıtıcı ifadelerin kullanılması:** Danışman yansıtıcı ifadeleri kullanarak kendi bakış açısıyla konuları anlayabilir ve bunların doğruluğunu teyit etmek için bireye sunar. Yansıtıcı ifadelerin kullanımı, bireylerin kendi kelimelerini duymalarını ve böylelikle kararsızlıklarını çözmeyi sağlar. Danışman konuyla ilişkili olarak birçok cümleyi yansıtabilir (93, 96).

**Özetleme yapma:** Özetleme yapmanın birçok amacı vardır. Danışmanın özetleme yaparken dikkat etmesi gereken noktalardan bir tanesi; görüşme sürecindeki önemli noktaları vurgulamaktır. Ayrıca bireyin değişim konusundaki kararsızlıklarını (ambivelan) ortaya koymalıdır. Aynı zamanda özetleme bireyin bakış açısını, merak ettiği konuları ve anladıklarını değerlendirmemizi sağlar. Son olarak görüşmenin gidişatına yön verir (93, 96).

Hettema, Steele ve Miller tarafından yapılan bir çalışmada (2005) açık uçlu sorular sorma, yansıtıcı dinleme, özetleme ve kabullenmeye bir ilave yapılmış ve beşinci basamağa yer verilmiştir. Terapist tarafından geliştirilmesi gereken bu basamak “değişen konuşma” şeklinde tanımlanmıştır (97).

**Değişimi Konuşma:** Değişim hayatın her döneminde farklı şekillerde olabilmektedir. Ayrıca, değişimi sağlayabilmek için verilen kararları uygulamadaki tutarlılık her zaman aynı olamamaktadır. Değişimi ortaya çıkaran durumlar; görüşmenin niteliği, görüşme süresi, bireyin beklentisi, görüşmeyi yapan kişinin

tutumu ve gerçekleştirilen değişim konuşmasıyla ilişkilidir. Ayrıca, değişim için gerekli olan 3 ana faktör (hazır olmak, niyet/istekli olmak ve yetenekli / yapabilir olmak) her zaman akılda bulundurulmalıdır (98).

Motivasyonel görüşmede değişim konuşması yapılması esnasında görüşmecinin görevi, danışanın değişim konuşmalarını ifade etmesini sağlayan durumu oluşturmaktır. Değişim konuşması 4 boyutta incelenir.

**1)Son durumun dezavantajlarının tanımlanması:** Şimdiki duruma dair pek de iyi olmayan şeylere odaklanır. Buradaki dil genellikle kişinin şu anki arzulanmayan durumunun ya da davranışının tanımlanmasını yansıtır.

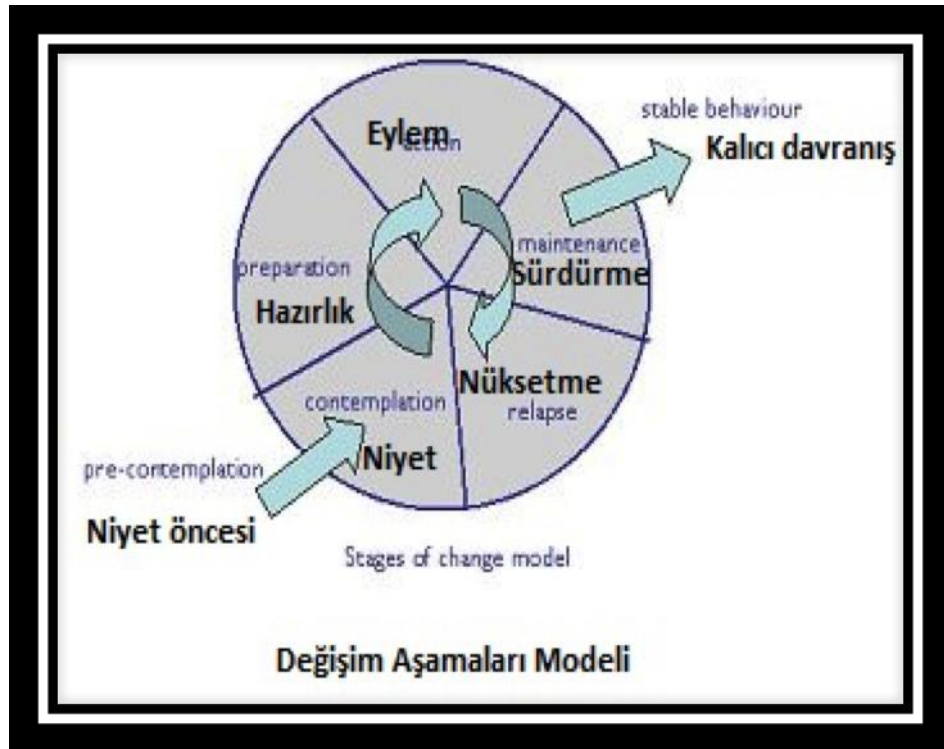
**2)Değişimin avantajlarını tanımlama:** Değişimin potansiyel avantajlarının kabulünü içermektedir.

**3)Değişim ile ilgili iyimserlik:** Değişimin güvenli olduğunu ve bunun için bireyin becerisinin olduğuna dair umudu ve güveni ifade etmektedir.

**4)Değişim niyeti:** Denge bir yöne doğru kayarken, insanlar değişmek için bir istek ya da sorumluluktan söz etmeye başlar. Niyetin derecesi zayıftan, çok güçlü bir taahhüde kadar değişik derecelerde olabilir (89).

Değişim konuşması için yardımcı yöntemler ise; çağrışım yapıcı sorular sorma, önem cetvellerinin kullanımı, karar verme dengesinin açıklanması, iki uçlu sorular, geçmişe göz atmak, ileriye dönük bakış, hedeflerin ve değerlerin açıklanması şeklinde sıralanabilir (92).

**Motivasyonel Görüşmenin Değişim Aşamaları:** Farkındalık öncesi evre, farkındalık evresi, hazırlanma evresi, harekete geçme evresi ve devam ettirme evresi olarak 5 aşamada tanımlanmaktadır.



Şekil 2.7. Motivasyonel Görüşme Değişim Aşamaları (99).

**1.Farkındalık Öncesi (Düşünmeme/Niyet Öncesi) Evresi:** Değişim süreci için ilk giriş noktası ve en erken dönemidir. Düşünmeme döneminde, birey sergilediği davranışı bir problem olarak görmez ve yakın bir zamanda davranış değişikliği planlamaz. Bu evrede bulunan kişiler mevcut ya da sorunlu davranışın negatif yönlerinin pozitif yönlerine ağır bastığına ikna olmazlar. Pek çok alanda farkındalık öncesi evredeki kişiler “dirençli” olarak etiketlenirler. Farkındalık öncesi evrede bulunanlar değiştirilemez, fakat farkındalık evresine doğru motive olmaları sağlanabilir. Bu aşamadaki kişilere sağlıklı davranış hakkında daha fazla bilgi verilmeli, olumsuz davranışı değiştirmenin yararları konusundaki farkındalık sağlanmalı ve olumsuz davranışlarının diğer insanlar üzerindeki etkileri hakkında düşünmeye teşvik edilmelidir (89, 100).

**2.Farkındalık (Düşünme/Niyet) Evresi:** Değişimin farkındalık evresindeki bireyler riskli davranışlarını sürdürmeye devam etmelerine rağmen problemin farkına varmaya başlar. Bu evredeki kişi problem davranışa sahip olduğunun ve bu davranışın kendisine zarar verdiğinin bilincindedir. Bu aşamadaki bireyler değişimin



artılarını ve eksiklerini düşünerek uzunca bir süre bu aşamada kalabilirler. Bu aşama sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme veya ağırdan alma olarak nitelendirilir. Birey nerede olmak istediğini ve hatta oraya nasıl ulaşabileceğini bilir, fakat bir taahhütte bulunmaya çok hazır değildir. Farkındalık, danışanların davranışla ilgili bilgiye ve karar dengesi düşüncelerini araştırmaya oldukça açık oldukları bir evredir. Ayrıca danışanların en çok ambivalans yaşadıkları evre farkındalık evresidir. Dikkatli dinleme, özetleme, geri bildirim, çift taraflı yansıtma, onaylama ve özyeterliliği artırma farkındalık evresinde bulunan kişilerle çalışırken güçlü değişim yardımcılarıdır. Ambivalansın üstesinden gelme ve karar dengesinin kaydırılması zaman alabilir ve motivasyonel görüşme açısından büyük sabır ve kararlılık gerektirmektedir (89,101, 102).

**3.Hazırlanma (Harekete Geçme) Evresi:** Hazırlık aşamasındaki kişi yakın gelecekteki değişime hazırdır ve harekete geçmenin eşiğindedir. Bu evredeki insanlar geçmişte değişimi denemiş ve başarısız olmuş olabilir. Ancak geçmiş değişim denemelerinden değerli dersler çıkarmışlardır. Bu aşamada birey güvendikleri arkadaşlarından destek bekler ve en fazla davranış değiştirdiğinde başarısız olmaktan kaygılanır. Sorunlu bir davranışı bırakmak ya da pozitif bir davranış başlatmak için uygun adımlar atma kararı hazırlanma evresine geçişi sağlar. Eyleme hazır olmak bütün ambivalansın çözüldüğü anlamına gelmemekte, aslında hazırlanma evresinde karar alma süreci devam etmektedir (89,103).

**4. Harekete Geçme (Eylem) Evresi:** İnsanlar en çok değişimin eylem evresinde davranışlarını açıkça değiştirirler. Eylem evresi en belirgin şekilde yoğun olan ve en fazla zaman ve enerji ayrılması gereken evredir. Kişinin değişimi ne kadar istediğine bakmaksızın ve eyleme geçmeye ne kadar isteksiz olduklarından bağımsız olarak, eğer yeterince öz yeterliğe sahip değillerse uzun vadeli başarı elde etme olasılıkları bulunmamaktadır. Eylem evresi, eski davranışa yeniden dönmelerin en sık yaşandığı aşamadır. Davranışa yeniden dönme %50 oranında ilk iki-üç hafta içinde olur. Sonraki iki üç ay içinde bu oran gittikçe azalır. Bundan dolayı başlangıç desteği çok önemlidir. Motivasyonel görüşme danışanların eyleme geçerken özyeterlik geliştirmesine yardımcı olabilir. Motivasyonel görüşme yapan kişiler,

danışanların başarılı eylemlerine odaklanarak, kararlarını yeniden onaylayarak ve içsel başarı hissetmelerine yardımcı olarak özyeterlik değerlendirmelerini destekleyebilirler (89, 104).

**5.Devam Ettirme (Sürdürme) Evresi:** Değişim sürecinin son evresidir. Davranış değişimini devam ettirmek zor olabilir. Bu aşamada bireyler, geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmeye çalışır. Geleneksel tedavi sürdürmeyi durağan bir evre olarak görmesine karşın, transteoretik model bunu en az 6 aydan bütün hayat boyunca sürebilecek kadar uzun, kritik öneme sahip bir süreç olarak görmektedir. Değişimi pekiştirmek için motivasyona ihtiyaç vardır. Değişim aşaması geçişlerinde, harekete geçme ve sürdürme aşamasına ulaşmış olanlar için, daha geri aşamalara dönme (nüks-relaps) olası bir durumdur. Sürdürmeye yönelik güçlü bir taahhüt yoksa kesinlikle geri dönüş olacaktır. (89, 100).

## **2.6. Hipertansiyon ve Hemşirelik**

Hipertansiyon tedavi ve bakımında hastaların ihtiyaçları ve tercihlerinin dikkate alınması gerekir. Sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapmaları sağlanmalı, hipertansif bireylerin bakım ve tedavileri hakkında bilinçli karar vermelerine fırsat verilmelidir. Doktor dışındaki sağlık profesyonellerinin (Hemşireler, Fizyoterapistler gibi) uygun yaşam tarzı davranışlarını destekleyerek ve etkileyerek, hipertansif bireylerin kan basıncı yönetiminin sağlanmasında önemli rollerinin olduğu bilinmelidir (4, 105).

Sağlık ekibi içerisinde anahtar bir rolü olduğu bilinen hemşirelerin kan basıncı kontrolü ve etkin kan basıncı yönetiminin oluşturulmasında, devamlılığın sağlanmasında, hipertansif bireylerin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hipertansif hastaya verilen hemşirelik bakımının amacı, kan basıncı üzerinde maliyetinin altında ve yan etkisi olmayan etkin bir denetim mekanizması oluşturmak ve sürdürmektir. Bunu başarmak için hemşireler; ilaçların doğru ve uygun kullanımı, oluşturulabilecek yaşam tarzı değişiklikleri, hasta izlemine sağlamada sağlık kontrollerinin önemi, komplikasyonların gözlenmesi, ilaç yan etkilerinin değerlendirilmesi gibi konularda hastaları ve ailelerini destekler ve eğitir (106).

Hipertansiyon yönetiminde hemşirelik uygulamalarının rolü, saptama, gönderme, izlem, hastalık ve ilaç yönetimi, hasta eğitimi, danışmanlık, bakımın düzenlenmesi ve klinik uygulama dahil olmak üzere, hipertansiyon yönetiminin tüm yönlerini içermektedir (107). Yapılan hemşirelik uygulamaları ve girişimler, bireylerin yaşam biçimi davranışlarını ve tedavi uyumlarını olumlu yönde etkilemekte, yaşam kalitelerinin artmasına ve etkin hipertansiyon yönetiminin sağlanmasına önemli katkılar sağlamaktadır.

Lahdenpera ve Kyngas'ın (108) hipertansif bireylerin hastalıklarına yönelik tutumlarını ve uyum derecelerini inceledikleri niteliksel bir çalışmada, hipertansiyon hastalarının, kan basınçlarının kontrol altında olması için sağlık bakım profesyonelleri tarafından bilgilendirilme, düzenli bir şekilde takip edilme, her hastanın kendine uygun bakım ve tedaviyi alma gibi beklentileri olduğu saptanmıştır.

Hacıhasanoğlu (109) tarafından yapılan kontrol gruplu deneysel bir çalışma ile; hipertansif bireylere verilen ilaçlara uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya yönelik eğitim ve yapılan ev ziyaretleri sonucunda deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı, sistolik ve diyastolik kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu ortaya konmuştur.

Rudd ve arkadaşlarının (110) yaptıkları deneysel kontrollü başka bir çalışmada; sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubunu ve ilaç tedavisine ilave olarak hemşire tarafından müdahale edilen deney grubunu altı ay takip etmişlerdir. Çalışma sonucunda her iki grubun sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçüm sonuçlarında düşüş görüldüğü, deney grubunun ölçüm sonuçlarındaki azalmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir. Benzer biçimde, hemşirelerin profesyonel becerilerini kullanmasının, kan basıncı kontrolünün sağlanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (111, 115).

### **2.6.1. Hipertansiyon ve Öz-Yeterlilik**

Kronik hastalık yönetimi, bireysel öz-bakım davranışlarının değişik formlarını kullanmayı gerektirmektedir. Yaygın olarak kullanılan öz-yeterlilik algısı ise, kronik hastalıkları yönetme yeteneği ile ilişkili psikososyal bir kavramdır (116). Kronik hastalıklar içinde hastalık ve maliyet yükü bakımından oldukça önemli bir yeri olduğu bilinen hipertansiyonda, bireylerin öz yeterlilik algısının yüksek

olmasının; yaşam tarzı değişikliklerinin oluşturulmasına, tedavi uyumunun ve kan basıncı kontrolünün sağlanmasına ve etkin hastalık yönetiminin oluşturulabilmesine olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir.

Vatansever ve Ünsar'ın yaptığı (117) hipertansiyon polikliniği'ne başvuran bireylerin ilaç tedavisine uyum/öz yeterlik düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, diyetle uyum sağlayan esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-yeterlik düzeylerinin diyetle uyum sağlamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Craig ve arkadaşlarının (118) yaptığı deneysel çalışmada, öz yeterlik algısının yüksek olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve düşük kan basıncı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ortaya konmuştur. Jeon tarafından (119) esansiyon hipertansiyonlu yaşlıların öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelendiği kesitsel çalışmada ise, bilgi düzeyi ve öz yeterlik düzeylerinin bireylerin öz bakımlarını önemli derecede etkilediği ortaya konmuştur.

Hipertansiyonun etkin yönetiminin sağlanabilmesinde hemşireye önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire hastanın ihtiyaçlarının ve yeterliklerinin farkına varmalı, hemşirelik uygulamalarına bu doğrultuda yön vermelidir. İnsanın kendini tanıması, geçmiş deneyimler, sosyal çevre, hastalığın algılanması bireyin öz yeterliğini ve hastalığın etkili yönetimi için önemlidir. Hemşire hastayı bütüncül olarak değerlendirmeli ve yapabilecekleri konusunda hastayı cesaretlendirmelidir (120).

### **2.6.2. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik**

Motivasyonel görüşme birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Kişinin probleme bakış açısının ve algısının değerlendirilmesi, durumun kişi için anlamının keşfedilmesi, kişinin sürekli tedavi konusundaki isteğinin keşfedilmesi, ilk seanslara kişinin katılımının sağlanması ve başarılı değişim olanakları için kişinin algılarının genişletilmesi motivasyonel görüşme için temel yapıtaşlarıdır (96).

Motivasyonel görüşme yönteminde davranış değişikliğine yönelik çelişkiyi ifade etmek ve bu çelişkileri çözümlmek hasta bireyin görevi, hastanın içinde bulunduğu çelişkiyi ve değişime karşı direncini kabul etmek, hastayı içinde bulunduğu çelişkiyi çözümlmeye yönlendirmek ise uzmanın görevidir (121).

Motivasyonel görüşme geniş kullanım alanları olan bir yöntemdir. Sağlıkla ilgili çeşitli durumlarda, kronik hastalıklar dahil olmak üzere farklı yaş grupları ve farklı sağlık problemlerinde kullanılabilir. Sağlık personelinin bir üyesi olan ve kronik hastalık yönetiminde önemli görev ve sorumlulukları bulunan hemşireler, hastalıkların öz yeterliklerini arttırmada, tedavi uyumunun ve kan basıncının düzenlenmesinde, hastalık yönetiminin sağlanmasında ve yaşam tarzı değişikliklerinin oluşturulmasında motivasyonel görüşmeyi etkili bir şekilde kullanabilmektedir.

Chen ve arkadaşlarının (122) Tip 2 diyabetli 250 birey ile yaptığı randomize kontrollü çalışma sonunda; deney grubunda yer alan bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin; öz yönetim, öz-yeterlik, yaşam kalitesi ve HbA1c seviyesinin iyileştirilmesi üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya konmuştur.

Bennett ve arkadaşları (29) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, kanser hastalarının fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak amacıyla motivasyonel görüşme uygulanmış, çalışma sonunda müdahale grubunun fiziksel aktivite öz-yeterlik düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Benzer biçimde, motivasyonel görüşme yöntemi hemşirelerin yaptığı çeşitli bilimsel çalışmalarda da kullanılmış, etkili ve başarılı bir yöntem olarak önerilmiştir (24, 123-126). Ayrıca, motivasyonel görüşmenin hipertansiyon ve yaşam tarzı değişiklikleri üzerine etkisini (30, 31), meyve ve sebze tüketimi (127), diyet uyumu (128) ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumda (123) etkin bir şekilde kullanılabileceğine dair gerek hemşireler gerekse diğer sağlık profesyonellerince uygulanmış birçok çalışma bulunmaktadır.

### **3.BİREYLER VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma; motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmeyi amaçlayan deneysel bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Orta Anadolu Bölgesinde bulunan Akşehir İlçesinde yürütülmüştür. Konya İline bağlı olan İlçenin nüfusu 94.886'dır (Kent:61.557, Kır:33.329). İlçe merkezinde 7 adet aile sağlığı merkezi (ASM) ve standart kadro yatak sayısı 300, fiili yatak sayısı 223 olan bir adet devlet hastanesi bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde 20 doktor, 40 hemşire görev yapmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, İlçe merkezindeki 7 adet aile sağlığı merkezine kayıtlı bulunan ve araştırma kriterlerine uygun bireyler oluşturmaktadır. 1-7 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli 6 aile hekiminden hipertansif bireylerin iletişim bilgileri alınmış, İlçe merkezinde ve ulaşımın gün içerisinde sağlanabileceği İlçe beldelerinde bulunan 25-45 yaş arası hipertansif bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Hipertansif bireylerin araştırmaya dahil olma kriterleri; okuma yazma bilmeleri, 25-45 yaş arasında olmaları, iletişim kurabilmeleri, işitme sorunlarının bulunmaması, araştırmaya katılımını engelleyecek tedavisi süreci ya da hastalıklarının bulunmaması, en az bir antihipertansif ilaç tedavisi almaları ve çalışmaya gönüllü katılımı sürdürmeye istekli olmaları şeklinde belirlenmiştir.

Halk Sağlığı Kurumundan araştırmanın uygulanması için izin alınmasına karşın, araştırma iznini aile hekimlerinin bir kısmı imzalamamış, imzalayan aile hekimlerinden ise, 6 aile hekimine kayıtlı bireylerin adres bilgilerine ulaşılabilmektedir.

Kayıtlar incelendiğinde, 25-45 yaş aralığında 350 birey en az bir antihipertansif ilaç kullanıyor görünmesine rağmen, adremlere gidildiğinde çoğu kişinin aile büyüklerine antihipertansif ilaç yazdırdığı için sisteme ilaç kullanan hasta

olarak kayıt edildiği, verilen adreslerin yanlış olduğu, bazı kişilerin verilen adreslerden taşındığı görülmüş, bu gerekçeler ile 135 birey araştırma kapsamına alınamamıştır. 15 hipertansif bireye ön uygulama yapıldığı için, 90 kişi ilaçlarını düzenli ve doğru olarak kullandığını belirttiği veya araştırmaya katılmayı kabul etmedikleri için araştırma dışında tutulmuştur. 30 kişi ise araştırma süresince Akşehir İlçesinde ya da gün içinde ulaşımın ve iletişimin rahat sağlanamayacağı yerleşim birimlerinde yaşamadıkları için araştırma kapsamına alınmamıştır.

**Tablo 3.1.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>			<i>KONTROL GRUBU</i>		
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ortanca Değer</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ortanca Değer</b>
<b>Yaş</b>	30.00	45.00	44.00	25.00	45.00	43.50
	<b>MÜDAHALE GRUBU</b>			<b>KONTROL GRUBU</b>		
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>		<b>%</b>	<b>n</b>		<b>%</b>
Kadın	31		83.8	34		89.5
Erkek	6		16.2	4		10.5
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar	9		24.3	3		7.9
Evli	28		75.7	35		92.1
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur yazar	5		13.5	1		2.6
İlkokul	25		67.6	32		84.2
Ortaokul	-		-	2		5.3
Lise	5		13.5	1		2.6
Üniversite	2		5.4	2		5.3
<b>Meslek</b>						
Çalışmıyor	32		86.5	33		86.8
Memur	2		5.4	-		-
Serbest meslek	3		8.1	3		7.9
İşçi	-		-	2		5.3
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek aile	32		86.5	37		97.4
Geniş aile	5		13.5	1		2.6
<b>Düzenli Gelir Durumu</b>						
Gelirim var	23		62.2	23		60.5
Gelirim Yok	14		37.8	15		39.5
<b>Sosyal Güvence</b>						
Var	34		91.9	38		100.0
Yok	3		8.1	-		-
<b>Toplam</b>	37		100.0	38		100.0

Örnekleme seçim kriterlerine uyan 80 kişidir. Müdahale ve kontrol gruplarına dağılımlarını sağlamak için araştırmayı kabul eden bireylerin isimlerinin yer aldığı

liste basit rastgele yöntemle oluşturulmuş ve bu liste ardışık olarak numaralandırılmıştır. Tek sayılar ile numaralandırılan 40 birey müdahale, çift sayılar ile numaralandırılan 40 birey kontrol grubu olacak şekilde 80 bireyin müdahale ve kontrol gruplarına dağılımları yapılmıştır. 06 Şubat-24 Haziran 2015 tarihler arasında yürütülen araştırma süresince müdahale grubundan 3 kişi, kontrol grubundan 2 kişi ayrılmış, çalışma 75 katılımcı ile tamamlanmıştır.

### 3.4. Araştırma Kriterleri

#### *Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri*

- Okuma yazma bilmesi,
- 25-45 yaş arasında olması,
- İletişim kurabilmesi,
- İşitme sorunu bulunmaması,
- Araştırmaya katılımını engelleyecek tedavi süreci ya da hastalığı bulunmaması,
- En az bir antihipertansif ilaç tedavisi alması,
- İlçe merkezinde ya da ulaşımın kolay sağlanabileceği yerleşim birimlerinde yaşaması,
- Çalışmaya gönüllü katılımı sürdürmeye istekli olması

### 3.5. Verilerin Toplanması

#### 3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan ve hipertansif bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren Bilgi Formu, Genel Özyeterlilik Ölçeği, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Tedavisi Uyumunu Değerlendirme Formu ve Değişimi Değerlendirme Formu yardımıyla toplanmıştır (Bkz. EK III).



### 3.5.1.1. Hipertansif Bireyleri Tanıtıcı Özelliklerini İçeren Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen ve hipertansif bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren bilgi formu 4 bölümden oluşmaktadır (Bkz. EK III).

**1)Bireyin Sosyo-Demografik Özellikleri:** Hazırlanan anketin birinci bölümünde; katılımcıların cinsiyeti, doğum yılı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, aile tipi, aylık düzenli gelir durumu ve sosyal güvencelerine yönelik 8 soru yer almaktadır.

**2)Bireyin Sağlık Öyküsü:** Anketin ikinci bölümünde; katılımcıların boy, kilo, BKİ değerleri ve bel çevrelerini saptamaya yönelik hazırlanan sorular yanı sıra, katılımcıların ailelerinde kan basıncı yüksekliği, yüksek kolesterol, kalp hastalığı, diyabet bulunma durumunu, katılımcıların kendilerinde kan basıncı yüksekliği dışında kronik hastalık varlığını, kronik hastalığı mevcut ise ilaç kullanımlarını, hipertansiyon sürelerini, hipertansiyon için yapılan önerileri ve kullanılan antihipertansif ilaç isimlerini saptamaya yönelik toplam 14 soru yer almaktadır.

**3)Bireyin Yaşam Tarzına İlişkin Özellikler:** Hazırlanan anketin üçüncü bölümünde; katılımcıların sigara, alkol ve tuz kullanım durumlarını, sıklıkla tükettikleri besin türlerini, hipertansiyona özgü diyet uygulama ve düzenli egzersiz yapma durumlarını tespit etmeye yönelik 6 soru yer almaktadır.

**4)Bireyin Tedavi Uyumuna İlişkin Özellikler:** Hazırlanan anketin dördüncü bölümünde; ilaç değişikliği yapma durumunu ve nedenini, tansiyon ölçmeyi bilme durumunu, tansiyon takibi sıklığını, tansiyon takibi yaptırılan yeri, hipertansiyon için Alternatif/Tamamlayıcı tedavi uygulanma durumunu ve antihipertansif ilaçların kullanım özelliklerini saptamaya yönelik toplam 11 soru yer almaktadır.

### 3.5.1.2. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği, Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında antihipertansif tedavi verilen yüksek riskli hipertansiyona

sahip bireylerin ilaç tedavisi uyumuna ait öz yeterliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir (129). İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği 26 ifadeden oluşmakta ve bireylerin bu ifadelere katılımlarındaki öz-yeterlik düzeyleri değerlendirilmektedir. Ölçekten 26-78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın artması bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması 2005 yılında Gözüm ve Hasanoğlu tarafından 140 hipertansif hasta üzerinde yapılmış, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0.93 bulunmuştur. (130). Bu çalışmada, Gözüm ve Hasanoğlu tarafından (2005) tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılan 26 maddelik ölçek kullanılmıştır.

### 3.5.1.3. Genel Özyeterlilik Ölçeği

Genel Özyeterlilik Ölçeğin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçek Genel Özyeterlilik (açıklanan varyans %26,5, Cronbach alfa=0,86) ve Sosyal Özyeterlilik (açıklanan varyans %8,5, Cronbach alfa=0,71) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Birinci faktöre yüklenen maddeler özgül bir davranış alanına işaret etmediği için bu faktöre “Genel Özyeterlilik” başlığının uygun görüldüğü belirtilmiştir. Sosyal Özyeterlilik faktörü ise sosyal durumlardaki yeterlilik beklentilerini yansıtmaktadır. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin sonraki hali beş dereceli Likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir. Ölçekte her sorunun puanı 1-5 arasında değişmekte, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişebilmektedir. Yüksek puan, özyeterlilik inancının arttığını göstermektedir. (81). Genel Özyeterlilik Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ilk olarak 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur (131). Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği son olarak Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından yapılan ölçek Hiç (1) - Çok iyi (5) arasında puanlanan 17 maddelik Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alpha) .80 olarak bulunmuştur (132). Bu çalışmada, Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılan 17 maddelik ölçek kullanılmıştır.

### 3.5.1.4. İlaç Tedavisi Uyumunu Değerlendirme Formu

#### **1) İlaç Tedavisine Uyum Sağlayamama Nedenlerini Değerlendirme Formu:**

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bu form; katılımcıların uyum sağlayamama nedenlerini tam olarak tanımlamak, ilaçlarını doğru ve düzenli kullanmama nedenlerini anlamak için oluşturulmuştur ve 14 seçeneğlidir (Bkz. EK III).

**2) İlaç Tedavisine Uyum Davranışını Tanıma Formu:** Katılımcıların unuttuğu ilaçların isimlerini, ilacı almadan geçirdikleri süreyi, ilacı unutma nedenlerini, kimlerle birlikte olduğunu, bireyin ilacı unutma sonrasında kendisini nasıl hissettiğini ve ne yaptığını saptamaya yönelik, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bir formdur (Bkz. EK III).

**3) Tansiyon Ölçümü İzlem Formu:** Ziyaretler sırasında ölçülen kan basıncı değerlerini kayıt altında tutmak için oluşturulmuş bir formdur (Bkz. EK III).

### 3.5.1.5. Değişimi Değerlendirme Formu

**1) Değişim Aşamasını Değerlendirme Formu:** Motivasyonel görüşme değişim aşamasını saptamak için, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bir formdur. Bu form ile bireyin hangi değişim aşamasında olduğunun saptanması amaçlanmıştır (Bkz. EK III).

**2) Tedavi Uyumu Değerlendirme Formu:** Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bu formda; ilaç tedavisine uyum önem derecesini ve ilaçta tedavisinde bireyin kendisine duyduğu güveni saptamaya yönelik 2 cetvel bulunmaktadır. Bu cetvellerde bireylerden 0 ile 10 arasında bir rakam seçmeleri ve cetvel üzerinde belirtmeleri istenmiştir (Bkz. EK III).

## 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

### Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri;

- ✓ Motivasyonel Görüşme

### Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri;

- ✓ Özyeterlik Algısı
- ✓ İlaç Tedavisi Uyumu

- ✓ Kan Basıncı Değişimi
- ✓ BKİ Değişimi

### 3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmaya, İlçe merkezindeki 7 adet aile sağlığı merkezine kayıtlı bulunan, örneklem seçim kriterlerine uygun ve basit rastgele yöntemle seçilmiş 15 bireye (Her aile hekiminden 2 ya da 3 birey olmak üzere, 6 aile hekimine kayıtlı toplam 15 bireye) ev ziyareti düzenlenerek, çalışmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. 27–29 Ocak 2014 tarihleri arasında hipertansif bireylere; tanıtıcı özellikleri içeren Bilgi Formu, Genel Özyeterlilik Ölçeği, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz- Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Tedavisi Uyumunu Değerlendirme Formu ve Değişimi Değerlendirme Formu uygulanmış, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve her bir anket için ortalama 15-30 dk süre verilerek form ve anketlerin tam ve doğru olarak doldurulması sağlanmıştır. Ayrıca, ziyaret esnasında araştırmacının uygulanacak yöntem hakkında tecrübe kazanmasını sağlamak için, hipertansif bireylere 30-45 dakika süre ile motivasyonel görüşme uygulanmıştır. 30 Ocak 2013 – 2 Şubat 2014 tarihleri arasında ise anket ve formlar üzerinde gerekli düzeltmeler yapılarak asıl uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Asıl uygulamada, ön uygulamaya katılan bireylerin örneklem listelerine tekrar dahil edilmemelerine özellikle dikkat edilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapılabilmesi için Konya İli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmasına karşın, aile hekimlerinin hasta bilgilerinin üçüncü şahıslarla paylaşılmaması yönünde İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden kendilerine resmi yazı gönderildiğini belirtmeleri, 25-45 yaş arası hipertansif bireylerin adres ve telefon bilgilerini paylaşmak istememeleri, araştırmanın en önemli sınırlılığdır. Araştırma sırasında 6 aile hekiminden alınan hasta listelerine ulaşılmış, bu listelerden alınan adres, telefon bilgilerinden yararlanılarak çalışma tamamlanmıştır. Ayrıca, 135 bireyin kendisi için değilde aile bireyleri için antihipertansif ilaç yazdırmaları, verilen adreslerin güncel olmaması ya da adreslerden taşınmış olmasına karşın listelerde yer almaları araştırmanın diğer bir sınırlılığdır.

### **3.9. Araştırmanın Uygulanması**

#### **3.9.1. Uygulanan Girişim**

Yapılan çalışmanın uygulama aşaması araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Öncelikli olarak araştırmaya, motivasyonel görüşmeleri uygulayacak araştırmacının 13 Aralık 2013 ve 17 Ocak 2014 tarihlerinde iki aşamalı “Motivasyonel Görüşme Tekniği” kursuna katılarak motivasyonel görüşme tekniğini uygulama becerisi kazanması ile başlanmıştır.

Araştırma kapsamında müdahale grubuna 3 haftalık aralarla 4 defa bireysel motivasyonel görüşme uygulanmış, 5. görüşme ise 1 ay sonra gerçekleştirilmiştir. Bireylerin evlerine ziyaretler düzenlenmiş, ev ortamında ve ortalama 30-45 dakika süreler ile bireysel motivasyonel görüşme uygulanarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

Bireysel görüşmeler, motivasyonel görüşme tekniği ilkeleri, değişim aşamaları ve motivasyonel görüşme ziyaret planı (EK-V) dikkate alınarak, her bireye eşit süre, kapsam ve içerikte uygulanmış, uygulanan girişimlerin müdahale grubundaki tüm bireylerde aynı standartlarda uygulanmasına dikkat edilmiştir.

#### **3.9.2. Uygulama Basamakları**

Araştırma kapsamında İlçe merkezindeki 7 adet aile sağlığı merkezinde görevli 6 aile hekiminden hipertansif bireylerin iletişim bilgileri alınmış, İlçe merkezinde ve ulaşımın gün içerisinde sağlanabileceği İlçe beldelerinde bulunan 25-45 yaş arası hipertansif bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

02 Aralık 2013 – 05 Şubat 2014 tarihleri arasında kayıtlar incelenmiş, 25-45 yaş aralığında 350 birey en az bir antihipertansif ilaç kullanıyor görünmesine rağmen, adreslere gidildiğinde çoğu kişinin aile büyüklerine antihipertansif ilaç yazdırdığı için sisteme ilaç kullanan hasta olarak kayıt edildiği, verilen adreslerin yanlış olduğu, bazı kişilerin verilen adreslerden taşındığı görülmüş, bu gerekçeler ile 135 birey araştırma kapsamına alınamamıştır. 15 hipertansif bireye ön uygulama yapıldığı için, 90 kişi ilaçlarını düzenli ve doğru olarak kullandığını belirttiği veya araştırmaya katılmayı kabul etmedikleri için araştırma dışında tutulmuştur. 30 kişi ise araştırma süresince Akşehir İlçesinde ya da gün içinde ulaşımın ve iletişimin rahat

sağlanamayacağı yerleşim birimlerinde yaşamadıkları için araştırma kapsamına alınmamıştır.

06 – 13 Şubat 2014 tarihleri arasında 80 bireye ev ziyareti düzenlemiş, bireylere; tanıtıcı özellikleri içeren bilgi formunun, Genel Özyeterlilik Ölçeğinin, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin, İlaç Tedavisi Uyumunu Değerlendirme Formunun ve Değişimi Değerlendirme Formunun, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve her bir anket için ortalama 15-30 dk süre ayrılarak uygulanması ile başlanmıştır. Ayrıca 80 bireyin; boy, kilo, bel çevresi ölçümü yapılmış ve beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bu işlemler esnasında katılımcılara aynı baskül, mezro ve lazermetre kullanılmıştır. Kişiler düz bir zemine baş, omuz, kalça ve topukları düz duvara temas edecek şekilde dik pozisyonda lazermetre kullanılarak ölçülüp santimetre (cm) olarak kayıt edilmiştir. Katılımcıların giysileri azami ölçüde çıkarılarak ve çıplak ayak ile sert bir zemine düz bir şekilde yerleştirilen standart bir baskülle ölçülerek kilogram (kg) olarak ölçümler yapılmıştır. En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak ve orta noktadan geçen çevre mezür ile ölçülerek bel çevresi hesaplanmıştır.

14 – 16 Şubat 2014 tarihleri arasında 80 hipertansif bireyin müdahale ve kontrol gruplarına dağılımlarını sağlamak için, araştırmayı kabul eden bireylerin isimlerinin yer aldığı liste basit rastgele yöntemle oluşturulmuş ve bu liste ardışık olarak numaralandırılmıştır. Tek sayılar ile numaralandırılan 40 birey müdahale, çift sayılar ile numaralandırılan 40 birey kontrol grubu olacak şekilde 80 bireyin müdahale ve kontrol gruplarına dağılımları yapılmıştır.

Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubuna kontrol grubundan farklı olarak; Değişim Aşamasını Değerlendirme Formu (Her ziyarette doldurmak üzere), Kan Basıncı İzlem Formu (Her ziyarette doldurmak üzere) ve İlaç Tedavisine Uyum Davranışını Tanıma Formu (1.görüşmede, 3. görüşmede ve 5. görüşmede doldurmak üzere) uygulanmıştır. Ayrıca, hipertansiyon hastaları için geliştirilmiş “*Yüksek Kan Basıncı Yönetimi*” isimli klavuz ve 5 gözü bulunan ve 5 farklı zaman ayarı yapılabilen ilaç kutuları, kullanımları hakkında gerekli açıklamalar yapılarak dağıtılmıştır. Ziyaretler sırasında da zaman ayarlı ilaç kutularının doğru kullanım durumları kontrol edilmiştir.

“*Yüksek Kan Basıncı Yönetimi*” isimli klavuz hipertansiyon ile ilgili literatür bilgileri (1, 5, 11, 15, 34, 49, 50, 57, 58) yanı sıra, hipertansif bireylere motivasyonel görüşme uygulanabilmesi için geliştirilmiş olan klavuzdan (133) yararlanılarak da hazırlanmıştır.

**1. Ev Ziyaretinde:** 17 Şubat 2014- 09 Mart 2014 tarihleri arasında düzenlenen ilk ev ziyaretinde, müdahale grubundaki bireylerin motivasyonlarını arttırmak için öncelikle kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Tansiyonun normal sınırlar içinde bulunmasının önemi, hipertansiyon tedavisinde yer alması gereken yaşam tarzı değişiklikleri, hipertansiyon tedavi edilmezse oluşabilecek olumsuz sonuçlar, hipertansiyonda kullanılan ilaç grupları, hipertansiyon ilaçlarını kullanırken dikkat etmesi gereken hususlar ve hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri hastaya buldurulmaya çalışılmıştır. Hipertansif bireylerin ilaç tedavisine ilişkin algıladığı yarar ve zararları ifade etmesi istenmiştir. İfade edeceği yararların gerçekten uygulanan ilaç tedavisinden kaynaklı olup olmadığı buldurulmaya çalışılmış, hastanın ilaç tedavisi ile ilgili yarar-zarar ilişkisini tekrar gözden geçirmesi için bir sonraki ziyarete kadar ilaç tedavisine uyumsuzluk nedenleri ile ilgili verilen formu doldurması ve bu nedenler üzerinde düşünmesi istenmiştir. Ayrıca ilaç tedavisine tam ve doğru olarak uyması durumunda neler kazanacağını bir kağıda yazması istenmiştir. Hastanın ve birlikte yaşadığı kişilerin okuması için daha önce geliştirilen “*Yüksek Kan Basıncı Yönetimi*” isimli klavuz ile 5 gözü bulunan ve 5 farklı zaman ayarı yapılabilen ilaç kutuları kullanımları hakkında gerekli açıklamalar yapılarak bireylere bırakılmış, bir sonraki ziyaretin zamanı belirlenerek görüşme sonlandırılmıştır.

İlk ziyaret sırasında evde tansiyon ölçüm cihazı bulunduğunu belirten hastaların cihazlarını yanlarında getirmeleri istenerek tansiyonları ölçülmüş, cihazların ve ölçüm yapan bireylerin doğru ölçüm yapıp yapmadıkları saptanmış, doğru ölçüm yapmadığı saptanan kişilere doğru tansiyon ölçümü uygulamalı olarak gösterilerek, bireylerin doğru yaptığı saptanana kadar ölçümler tekrarlanmıştır. Düzenlenen tüm ev ziyaretlerinde evlerinde dijital ölçüm cihazı bulunan bireylerden kullandıkları ölçüm cihazıyla kan basıncı ölçümü yapmaları istenmiş, daha sonra araştırmacı tarafından ev ziyaretlerinde kullanılan ölçüm cihazı ile ölçüm

tekrarlanarak dijital cihazların doğruluğu sorgulanmıştır. Evde ölçüm cihazı bulunmayan ya da ölçümünde problem olduğu saptanan bireyler sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiş, tüm bireylerin ev ortamında ya da sağlık kuruluşunda belirli bir saatte olacak şekilde haftalık olarak tansiyon izlemlerinin yapılması sağlanmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından bireylerin tansiyon değerleri her ziyarette ölçülüp kayıt edilmiştir.

Yapılan tüm ziyaretlerde kan basıncı ölçümleri, İngiliz Hipertansiyon Cemiyeti'nin önerdiği standart yöntemle yapılmıştır. Kan basıncı ölçümü için uygun erişkin manşonu olan ve ilk defa araştırma sırasında kullanılan sfigmomanometrelerden yararlanılmıştır. Kan basıncı ölçümü, oturur vaziyette 30 dakika istirahat sonrasında yapılmıştır. Kan basıncı her iki koldan ölçülmüş, sonraki ölçümler için kan basıncının daha yüksek ölçüldüğü kol kullanılmıştır. Kan basıncının yüksek olduğu kolda, ölçüm 10 dakika sonra tekrarlanmıştır. İki ölçüm arasında fark 10 mmHg'dan yüksek çıktığında, ölçümler birbirine yakın oluncaya kadar ölçümlere devam edilmiştir. Kan basıncı ölçümü yapılan bireylerin hiçbirisi, ölçümden önceki 30 dakika içerisinde çay, kahve ve sigara içmemişlerdir. Sistolik ve diyastolik kan basınçları için Korotkoff faz 1 (sesin başlaması) ve Korotkoff faz 5 (sesin kaybolması) noktaları esas alınmıştır. Hipertansiyon, ortalama sistolik kan basıncı  $\geq 140$  mmHg veya ortalama diyastolik kan basıncı  $\geq 90$  mmHg olarak tanımlanmıştır.

**2. Ev Ziyaretinde:** 10 Mart 2014- 30 Mart 2014 tarihleri arasında düzenlenen ikinci ev ziyaretinde, bireylerin motivasyonlarını arttırmak için öncelikle kan basıncı ölçümü yapılmış ve sonuç hastayla birlikte değerlendirilmiştir. Hastadan, 1. ziyarette verilen ev ödevindeki ilaç tedavisine uyumsuzluk nedenlerini açıklaması istenmiş ve uyumsuzluk durumunu görmesi sağlanmıştır. Ayrıca yine 1. ziyarette verilen ev ödevindeki ilaç tedavisine tam ve doğru olarak uyması durumunda neler kazanabileceğinin açıklanması sağlanmıştır. Bireye ilaç tedavisine uyum sağlaması durumunda sağlığının nasıl olumlu yönde etkilenebileceği ve bu durumda daha mutlu olabileceği buldurulmuştur. Bireyden bir günlük tutması ve günlüğe hipertansiyon hastalığını, uygulanan ilaç tedavisiyle ilgili düşüncelerini yazması istenmiştir. Bir sonraki ziyaretin zamanı konuşularak görüşme sonlandırılmıştır.



**3. Ev Ziyaretinde:** 31 Mart 2014 - 20 Nisan 2014 tarihleri arasında düzenlenen üçüncü ev ziyaretinde, hastanın kan basıncı ölçülmüş ve hastayla birlikte değerlendirilmiş, motivasyon için hastanın ilaç tedavisine uyumu konusunda gösterdiği ilerleme geri bildirim olarak verilmiştir. İlaç tedavisine uyumunu kolaylaştıran yöntemlerden kendisi için uygun olan yöntemleri seçme konusunda hasta bilgilendirilmiştir. Hastanın bu yöntemleri değerlendirmesi ve kendisi için uygun olan yöntemlere karar vermesi sağlanmıştır. İlaç tedavisine uyum sürecinde kendilerine yardımcı olabilecek destek kaynaklarının ve bunlardan nasıl yararlanabileceklerinin belirlenmesi sağlanmıştır. Hastayla ilaç tedavisine uyum sürecinin başlayacağı güne karar verilmiş ve bir sonraki ziyaretin zamanı konuşularak ziyaret sonlandırılmıştır.

**4. Ev ziyaretinde:** 21 Nisan 2014 - 11 Mayıs 2014 tarihleri arasında düzenlenen dördüncü ev ziyaretinde, ilaç tedavisine uyum eylemi başlayan hipertansif birey desteklenmiştir. Kan basınçları ölçülmüş ve hasta ile birlikte değerlendirilmiştir. Hipertansiyon tedavisi içinde yer alan yaşam biçimi değişiklikleri tekrar edilmiş, ilaç tedavisi ile birlikte bu yaşam biçimi değişikliklerinin birlikte uygulanmasının önemi vurgulanmıştır. Arkasından stresle baş etme egzersizleri uygulamalı olarak gösterilmiş ve hastanın bu egzersizleri yapması istenmiştir. Ayrıca bu ziyarette daha önce belirlediği sosyal destek kaynaklarını daha etkin kullanması istenmiştir. Zorlandığı durumlarda araştırmacıdan telefonla destek alabileceği belirtilmiştir. Hastadan ilaçlarını doğru ve düzenli kullandığı her hafta için kendisine bir ödül vermesi ve ilaç tedavisini doğru ve düzeli biçimde sürdürdüğü için kazandığını düşündüğü şeyleri ve duygularını yazması istenmiştir. Bir sonraki izlem ziyaretinin günü belirlenerek görüşme sonlandırılmıştır.

**5. Ev ziyaretinde:** 21 Mayıs 2014 - 09 Haziran 2014 tarihleri arasında düzenlenen beşinci ev ziyaretinde müdahale grubundaki bireylerin kan basınçları ölçülmüş, ilaç tedavisine uyum ve ilaç tedavisine uyumu sürdürme durumları değerlendirilmiştir. İlaç tedavisine uyumu sürdüremeyen hastalar için nedenleri tartışılmış ve hastaların başarısız olduğu noktalar üzerinden hareket edilerek ilaç

tedavisine uyum tekrar denemeleri yönünde motive edilmiştir. Programın tümü hasta ile birlikte değerlendirildikten sonra görüşme sonlandırılmıştır.

10– 24 Haziran 2014 tarihleri arasında müdahale ve kontrol gruplarına eş zamanlı olarak tekrar ev ziyareti düzenlenmiş, hipertansif bireyleri tanıtıcı özelliklerini içeren Bilgi Formu, Tansiyon Ölçümleri İzlem Formu, İlaç Tedavisine Uyum Davranışını Tanıma Formu, Değişim Aşamasını Değerlendirme Formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ve Genel Özyeterlilik Ölçeği, çalışmayı tamamlamayan 75 kişiye uygulanmıştır. Ayrıca, müdahale ve kontrol grubunda bulunan 75 kişinin boy, kilo, bel çevresi ölçümleri yapılmış ve beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplanarak çalışma sonlandırılmıştır.

### **3.10.Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya öncelikle İlçe Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Konya İli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınarak başlanmış (Bkz. Ek II), tıbbi etik açıdan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından uygun bulunarak gerekli yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek I). Sonraki aşamada aile sağlığı merkezlerine giderek aile hekimleri ile görüşülmüş ve hipertansif bireylere ait listelere ulaşılmıştır. Uygulamaya başlamadan önce hipertansif bireylere araştırmanın amacı ve araştırma planına ilişkin bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır (Bkz. Ek IV). Bu onam formundan bir adet katılımcılarda verilmiştir.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan; hipertansif bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren Bilgi Formu, Genel Özyeterlilik Ölçeği, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Tedavisi Uyumunu Değerlendirme Formu yardımıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkeni olan motivasyonel görüşme ve bağımlı değişkenleri; özyeterlilik algısı, ilaç tedavisi uyumu, kan basıncı değişimi ve BKİ değişimi dikkate alınarak gerekli istatistiksel analizler yapılmış, elde edilen verilerin yüzdeler ve sayılar ile değerlendirilmesi yanı sıra;

- \_ Tanımlayıcı özellikler ile İBÖS sonuçlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U Testi ve Kruskal–Wallis Testi,
- \_ Tanımlayıcı özellikler ile Genel Özyeterlilik Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U Testi ve Kruskal–Wallis Testi,
- \_ İBÖS ve Genel Özyeterlilik Ölçeği Puanlarının ilk ve son değerlendirmeye göre değişimini değerlendirmek için Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi,
- \_ BKİ değerlerinin ilk ve son ölçümlerine göre değişimini değerlendirmek için Bağımlı Gruplarda T Testi,
- \_ İlk ve son değerlendirme kan basıncı ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması için Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi,

### 3.12. Araştırmanın Uygulama Akış Çizelgesi

#### **CALIŞMA TAKVİMİ**

##### **13 Aralık 2013**

- ❖ Motivasyonel Görüşme Tekniği I. Aşama kursuna katılımın sağlanması

##### **17 Ocak 2014**

- ❖ Motivasyonel Görüşme Tekniği II. Aşama kursuna katılımın sağlanması

##### **06 Şubat - 13 Şubat 2014**

- ❖ Araştırmaya katılan tüm bireylere (n=80) ev ziyareti düzenlenmesi, bireylere; tanıtıcı özellikleri içeren bilgi formu, genel özyeterlilik ölçeği, ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği, ilaç tedavisi uyumunu değerlendirme formu ve değişimi değerlendirme formunun uygulanması
- ❖ Araştırmaya katılacak 80 kişinin; boy, kilo, bel çevresi ölçümünün yapılması ve beden kitle indekslerinin (BKİ) hesaplanması

##### **14 Şubat -16 Şubat 2014**

- ❖ Katılımcıların müdahale ve kontrol gruplarına dağılımlarını sağlamak için, araştırmayı kabul eden bireylerin isimlerinin yer aldığı liste basit rastgele yöntemle oluşturulması ve 80 bireyin müdahale ve kontrol gruplarına dağılımlarının yapılması

##### **17 Şubat 2014-09 Mart 2014**

- ❖ Müdahale grubuna alınan bireyler ile ilk yüz yüze motivasyonel görüşmenin yapılması

**10 Mart 2014-30 Mart 2014**

- ❖ Müdahale grubuna alınan bireyler ile ikinci yüz yüze motivasyonel görüşmenin yapılması

**31 Mart 2014- 20 Nisan 2014**

- ❖ Müdahale grubuna alınan bireyler ile üçüncü yüz yüze motivasyonel görüşmenin yapılması

**21Nisan 2014-11 Mayıs 2014**

- ❖ Müdahale grubuna alınan bireyler ile dördüncü yüz yüze motivasyonel görüşmenin yapılması

**21 Mayıs 2014-09 Haziran 2014**

- ❖ Müdahale grubuna alınan bireyler ile beşinci yüz yüze motivasyonel görüşmenin yapılması

**10 Haziran-24 Haziran 2014**

- ❖ Araştırmaya katılan tüm bireylere (n=75) ev ziyareti düzenlenmesi, tanıtıcı özellikleri içeren bilgi formu, genel özyeterlilik ölçeği, ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği, ilaç tedavisi uyumunu değerlendirme formu ve değişimi değerlendirme formunun uygulanması
- ❖ Araştırmaya katılacak 75 kişinin; boy, kilo, bel çevresi ölçümünün yapılması ve beden kitle indekslerinin (BKİ) hesaplanması

## **ARAŞTIRMANIN AKIŞ SEMASI**



#### **4. BULGULAR**

Araştırmanın bu bölümü, motivasyonel görüşmelerin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisine uyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguları içermektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında ele alınmıştır:

4.1. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin öz yeterlilik algısı üzerine etkisine ilişkin bulgular

4.3. Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin ilaç tedavisi uyumları üzerine etkisine ilişkin bulgular

4.4. Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin kan basıncı ölçümleri üzerine etkisine ilişkin bulgular

Araştırmaya 80 bireyle (Kontrol: 40, Müdahale: 40) başlanmış ve 75 bireyle (Kontrol: 38, Müdahale: 37) tamamlanmıştır. Bu nedenle, araştırma bulguları araştırma sürecini tamamlayan 75 birey dikkate alınarak sunulmuştur.

#### 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hipertansif bireylerde hipertansiyon dışında bulunan sağlık sorunları, bu sağlık sorunlarına yönelik ilaç kullanım durumları, ailelerinde bulunan sağlık sorunları ile sigara ve alkol kullanım durumları bu başlık altında ele alınmıştır.

**Tablo 4.2.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Hipertansiyon Dışında Bulunan Sağlık Sorunları ve İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı

<i>Hipertansiyon Dışında Uzun Süredir Devam Eden Sağlık Sorunu Bulunma Durumu</i>	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>		<i>KONTROL GRUBU</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	19	51.4	27	71.1
Hayır	18	48.6	11	28.9
<b>Toplam</b>	37	100.0	38	100.0
<i>Hipertansiyon Dışında Bulunan Sağlık Sorunu</i>	<i>n*</i>	<i>%</i>	<i>n*</i>	<i>%</i>
Diabetes Mellitus	10	50.0	11	35.5
Kalp Hastalığı	3	15.0	9	29.1
Böbrek Hastalığı	-	-	-	-
Eklemler Hastalığı	2	10.0	4	12.9
Kolesterol	2	10.0	5	16.1
Astım-Bronşit	2	10.0	1	3.2
Disk Hernisi	1	5.0	1	3.2
<b>Toplam</b>	20	100.0	31	100.0
<i>İlaç Kullanma Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet, Düzenli Olarak	9	47.3	15	55.6
Evet, Düzensiz Olarak	4	21.1	7	25.9
Bazen, Kendimi Kötü Hissettikçe	2	10.5	-	-
Hayır, Kullanmıyorum	4	21.1	5	18.5
<b>Toplam</b>	19	100.0	27	100.0

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Ailelerinde Bulunan Sağlık Sorunlarının Dağılımı

Sağlık Sorunu Olan Kişi	MÜDAHALE GRUBU								KONTROL GRUBU							
	Yüksek Kan Basıncı		Yüksek Kolesterol		Kalp Hastalığı		Diabetes Mellitus		Yüksek Kan Basıncı		Yüksek Kolesterol		Kalp Hastalığı		Diabetes Mellitus	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Anne	24	50.0	9	56.3	11	37.9	9	42.9	19	61.3	9	34.6	8	32.0	5	23.8
Baba	12	25.0	2	12.5	12	41.4	2	9.5	9	29.0	4	15.4	11	44.0	3	14.2
Kardeş	8	16.7	4	25.0	3	10.3	6	28.6	-	-	10	38.5	1	4.0	11	52.4
Çocuk	-	-	-	-	-	-	1	4.7	-	-	-	-	-	-	-	-
Eş	4	8.3	1	6.2	2	6.9	3	14.3	2	6.5	2	7.7	1	4.0	1	4.8
Diğer	-	-	-	-	1	3.5	-	-	1	3.2	1	3.8	4	16.0	1	4.8
<b>Toplam</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan bireylerin hipertansiyon dışında bulunan sağlık sorunları ve bu sağlık sorunları için ilaç kullanma durumlarına ilişkin bazı özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubunda bulunan kişilerin yarısından fazlasında (%51.4), kontrol grubunun ise büyük bir kısmında (%71.1) hipertansiyon dışında uzun süredir devam eden en az bir sağlık sorunu bulunmaktadır. Müdahale grubunda %50.0 ile diyabet en çok görülen sağlık sorunu iken, kontrol grubunda %35.5 ile diyabet, %29.1’lik yakın bir yüzde ile kalp hastalığı en sık görülen sağlık sorunlarıdır. Yüksek kolesterol müdahale grubunda %10.0, kontrol grubunda %16.1 oranındadır. Müdahale grubundaki hastaların %47.3’ü hipertansiyon dışında bulunan sağlık sorunları için düzenli olarak ilaç kullandığını belirtirken, kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlası (%55.6) ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 4.3’de hipertansif bireylerin ailelerinde bulunan sağlık sorunlarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubunda bulunan bireylerin yarısının annesinde, %25.0’lik bölümünün babasında, kontrol grubunda bulunan bireylerin ise yarısından fazlasının (%61.3) annesinde, %29.0’luk bölümünün babasında hipertansiyon sorunu bulunmaktadır. Müdahale grubunun %56.3’ünün annesinde yüksek kolesterol



bulunurken, %41.4' ünün babasında kalp hastalığı, %42.9'unun annesinde diyabet bulunduğu görülmüştür. Kontrol grubunun ise %38.5'inin kardeşinde, yakın bir yüzde ile %34.6'sının annesinde yüksek kolesterol sorunu vardır. Kontrol grubunun %44.0'lük bölümünün babasında, yakın bir yüzde ile %32.0'sinin annesinde kalp hastalığı bulunurken, yarısından fazlasının (%52.4) kardeşinde diyabet bulunmaktadır. Diğer seçeneğinde ise sağlık sorunu olan aile bireyine en fazla amca ve hala cevapları verilmiştir.

Tablo 4.4'de müdahale ve kontrol grubunda bulunan hipertansif bireylerin sigara ve alkol kullanım özelliklerine yer verilmiştir. Müdahale grubunun %81.1'i, kontrol grubunun %86.8'i hiç sigara kullanmadığını belirtirken, müdahale grubundan 5 kişinin, kontrol grubundan 1 kişinin daha önce sigara kullandığı, müdahale grubundan 2 kişinin kontrol grubundan 4 kişinin ise halen sigara içmekte olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

<i>SİGARA İÇME DURUMU</i>	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>		<i>KONTROL GRUBU</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
İçiyor	2	5.4	4	10.5
Kullanmayı Bıraktı	5	13.5	1	2.7
Hiç İçmedi	30	81.1	33	86.8
<b>Toplam</b>	37	100.0	38	100.0
<i>ALKOL KULLANMA DURUMU</i>				
Hiç Kullanmadı	37	100.0	37	97.4
Kullanmayı Bıraktı	-	-	1	2.6
<b>Toplam</b>	37	100.0	38	100.0

Tablo 4.4'de yer verilmemekle birlikte, müdahale grubunda haftada 1 paket sigara tüketen 1 kişi bulunmakta, 1 kişi ise günde 6 adet sigara içmektedir. Kontrol grubunda ise 10 yıldır sigara kullanan 2 kişi bulunmaktadır. Müdahale grubunda daha önce sigara kullandığını belirten 2 kişi haftada 1 paket içtiğini belirtirken, 2 kişinin sigarayı bırakmadan önce günde 1 paket içtiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 20 yıl süreyle 2 haftada 1 paket sigara kullandığını belirten 1 kişi bulunmaktadır. Müdahale grubunda yer alan hipertansif bireylerin tamamı hiç alkol kullanmamış,

kontrol grubundan ise sadece 1 kişinin 10 yıl süreyle haftada 1 kadeh alkol aldığı saptanmıştır.

#### **4.2. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Öz Yeterlik Algısı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular**

Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Genel Özyeterlilik Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ile Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk ve son değerlendirme sonuçlarına ilişkin elde edilen bulgular bu bölümde yer almaktadır.

**Tablo 4.5.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Genel Özyeterlilik Ölçeği İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

MÜDAHALE GRUBU	<b>GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ</b>					KONTROL GRUBU	<b>GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ</b>				
	<i>Cinsiyet</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Cinsiyet</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>
	Kadın	39.00-80.00	59.00	-.371	.733		Kadın	42.00-82.00	63.00	-1.809	.074
	Erkek	56.00-69.00	57.00				Erkek	67.00-74.00	71.50		
	<i>Medeni Durum</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Medeni Durum</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>
	Evli	39.00-80.00	56.00	-.921	.373		Evli	42.00-82.00	63.00	-.190	.879
	Bekar	49.00-80.00	59.00				Bekar	51.00-72.00	70.00		
	<i>Aile Tipi</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Aile Tipi</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>
	Çekirdek	39.00-80.00	57.00	-.600	.560		Çekirdek	42.00-82.00	63.00	-1.597	.105
	Geniş	49.00-76.00	62.00				Geniş	-	81.00		
<i>Düzenli Gelir</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>	<i>Düzenli Gelir</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
Var	39.00-80.00	59.00	-.721	.486	Var	42.00-82.00	66.00	-.957	.344		
Yok	46.00-80.00	55.50			Yok	52.00-78.00	59.00				
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>	<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
Var	39.00-80.00	58.00	-.780	.472	Var	42.00-82.00	63.50	-	-		
Yok	48.00-61.00	55.00			Yok	-	-				

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmaları yer almaktadır. Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değeri müdahale grubundaki kadınlarda 59.00, erkeklerde 57.00, kontrol grubundaki kadınlarda 63.00, erkeklerde 71.50 olarak bulunmuştur.

Müdahale grubu Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değeri sosyal güvencesi bulunan kişilerde 58.00, medeni durumu bekar olanlarda 59.00, geniş aileye sahip katılımcılarda 62.00’dır. Kontrol grubunda sosyal güvencesi bulunanların Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değeri 63.50, bekar olanların 70.00 olarak bulunurken, çekirdek aileye sahip katılımcılarda Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değeri 63.00 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda müdahale ve kontrol grubu Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk değerlendirme sonuçlarının katılımcıların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, aile tiplerine, sosyal güvencelerine ve aylık düzenli gelire sahip olma durumlarına göre değişmediği görölmüştür ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.6’da araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumu ve mesleklerine ilişkin özellikleri ile Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmaları yer almaktadır. Müdahale grubunda öğrenimi okur-yazar düzeyinde olan bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değeri 49.00, üniversite mezunlarının 67.50’dir. Kontrol grubunda öğrenim düzeyi okur-yazar olan katılımcı bulunmamakta, ortaokul mezunu katılımcıların Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değerinin 77.00 olduğu görölmektedir.

Müdahale grubunda memurların (67.50) ve kontrol grubunda yer alan işçilerin (74.00) Genel Özyeterlilik Ölçeği puanı ortanca değeri, her iki gruptaki serbest meslek sahiplerine ve çalışmayan bireylere göre yüksek bulunmuş, yapılan istatistiksel analizler sonucunda müdahale ve kontrol grubunda bulunan hipertansif bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk değerlendirme sonuçlarının katılımcıların öğrenim durumlarına ve mesleklerine göre değişmediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle Genel Özyeterlilik Ölçeği İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Devam)

	<i>GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ</i>						<i>GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ</i>				
	<i>Öğrenim Durumu</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Test Değeri*</i>	<i>p</i>		<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Test Değeri*</i>	<i>p</i>	
<b>MÜDAHALE GRUBU</b>	Okur-yazar	39.00-56.00	49.00	7.650	.022	<b>KONTROL GRUBU</b>	-	-	4.857	.183	
	İlkokul	46.00-80.00	59.00				42.00-82.00	61.50			
	Ortaokul	-	-				76.00-78.00	77.00			
	Lise	57.00-72.00	60.00				-	-			
	Üniversite	56.00-79.00	67.50				70.00-74.00	72.00			
	<i>Meslek</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>				<i>Test Değeri*</i>	<i>p</i>			<i>Min-Max</i>
	Çalışmıyor	39.00-80.00	58.00	1.052	.591		42.00-82.00	63.00	5.059	.080	
	Serbest Meslek	56.00-69.00	57.00				67.00-74.00	70.00			
	Memur	56.00-79.00	67.50				-	-			
	İşçi	-	-				73.00-75.00	74.00			

\*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.7.** Araştırmaya Katılan Bireylerin İlk ve Son Değerlendirme Genel Özyeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması

	<i>Müdahale Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>		<i>İstatistiksel Analiz</i>	
	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Mann Whitney U</i>	<i>p</i>
<i>İlk Değerlendirme</i>	39.00-80.00	57.00	42.00-82.00	63.50	517.000	.049
<i>Son Değerlendirme</i>	47.00-85.00	75.00	45.00-78.00	64.50		
	<i>Z*</i>	<i>p</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
	-5.069	.000	-.865	.387		

\*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır.

Tablo 4.7’de müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk değerlendirme sonuçlarının karşılaştırması ve müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk ve son değerlendirme sonuçları yer almaktadır. Müdahale grubu ilk değerlendirmesinde Genel Özyeterlilik Ölçeği ortanca değeri 57.00 olarak bulunurken, çalışma sonunda ortanca değer 75.00’e, kontrol grubunun ilk değerlendirmede 63.50 bulunan Genel Özyeterlilik Ölçeği ortanca değeri çalışma sonunda 64.50’e yükselmiştir. İlk değerlendirme sonuçlarına bakıldığında; kontrol grubunun ortanca değerinin müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüş, Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk değerlendirme sonuçları bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Müdahale grubunun ilk ve son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ( $p < 0.05$ ), kontrol grubu Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk ve son değerlendirme puanları arasında fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

### 4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Tedavisi Uyumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleriyle İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası sonuçlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, katılımcıların antihipertansif ilaç sayıları, ilaç kullanım özellikleri, ilaç tedavisine uyum sağlayamama nedenleri, almadıkları ilaçların sayısı, ilaç almadan geçirilen süre ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ilk ve son değerlendirme sonuçlarına ilişkin elde edilen bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleriyle ilk değerlendirme İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS) sonuçlarının karşılaştırması yer almaktadır. Müdahale grubu İBÖS puanı ortanca değeri kadınlarda 59.00, erkeklerde 62.50, kontrol grubu İBÖS puanı ortanca değeri kadınlarda 66.00, erkeklerde 64.50 olarak saptanmıştır.

Müdahale grubu İBÖS puanı ortanca değeri sosyal güvencesi olmayan kişilerde 55.00, bekar olanlarda 64.00, geniş aileye sahip olanlarda 66.00’dır. Kontrol grubunda sosyal güvencesi olmayan birey bulunmazken, bekar olanların İBÖS puanı ortanca değeri 71.00, çekirdek aileye sahip olanların 66.00 ve geniş aileye sahip olanların İBÖS ortanca değerleri 65.00 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda kontrol grubunda yer alan bireylerin İBÖS puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0.05$ ), müdahale ve kontrol grubu ilk değerlendirme İBÖS sonuçlarının ise; katılımcıların cinsiyetine, aile tipine, düzenli gelir durumlarına ve sosyal güvencelerine göre değişmediği görölmüştür ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.9’da araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumu ve mesleklerine ilişkin özellikleri ile İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası (İBÖS) ilk değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Müdahale grubunda okur-yazar olan bireylerin İBÖS puanı ortanca değeri 55.00, ilkokul mezunlarının 60.00, lise ve üniversite mezunu bireylerin ise 65.00’dır. Kontrol grubundaki ilkokul mezunu bireylerin İBÖS puanı ortanca değeri 65.50 iken, üniversite mezunlarının 68.00’dır. Müdahale grubunda memurların İBÖS puanı ortanca değeri (65.00), serbest meslek sahiplerine ve çalışmayanlara göre biraz yüksek, kontrol grubunda yer alan işçilerin İBÖS puanı ortanca değeri (45.50) ise, serbest meslek sahiplerine ve çalışmayanlara göre oldukça düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda müdahale ve kontrol grubunda bulunan hipertansif bireylerin öğrenim durumları ve meslekleri ile İBÖS sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

		İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği							İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği				
		<i>Cinsiyet</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>			<i>Cinsiyet</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>
<b>MÜDAHALE GRUBU</b>	Kadın	43.00-69.00	59.00	-.310	.763	<b>KONTROL GRUBU</b>	Kadın	27.00-74.00	66.00	-.620	.566		
	Erkek	26.00-71.00	62.50				Erkek	26.00-71.00	64.50				
	<i>Medeni Durum</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Medeni Durum</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
	Evli	26.00-71.00	59.50	-.178	.876		Evli	26.00-74.00	65.00	-1.953	.048		
	Bekar	47.00-69.00	64.00				Bekar	69.00-72.00	71.00				
	<i>Aile Tipi</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Aile Tipi</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
	Çekirdek	26.00-71.00	59.50	-1.003	.328		Çekirdek	26.00-74.00	66.00	-.183	.895		
	Geniş	47.00-69.00	66.00				Geniş	-	65.00				
	<i>Düzenli Gelir</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Düzenli Gelir</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
	Var	26.00-71.00	59.00	-.031	.988		Var	26.00-73.00	65.00	-1.077	.286		
	Yok	52.00-67.00	60.00				Yok	27.00-74.00	68.00				
	<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
	Var	26.00-71.00	60.00	-.865	.407		Var	26.00-74.00	65.50	-	-		
	Yok	55.00-61.00	55.00				Yok	-	-				

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.



**Tablo 4.9.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası İlk Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Devam)

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği						İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği				
MÜDAHALE GRUBU	Öğrenim Durumu	Min-Max	Ortanca Değer	Test Değeri*	p	KONTROL GRUBU	Min-Max	Ortanca Değer	Test Değeri*	p
	Okur-yazar	52.00-69.00	55.00	.574	.750		-	-	1.640	.650
	İlkokul	26.00-69.00	60.00				26.00-74.00	65.50		
	Ortaokul	-	-				62.00-66.00	64.00		
	Lise	55.00-66.00	65.00				-	-		
	Üniversite	59.00-71.00	65.00				65.00-71.00	68.00		
	Meslek	Min-Max	Ortanca Değer	Test Değeri*	p		Min-Max	Ortanca Değer	Test Değeri*	p
	Çalışmıyor	43.00-69.00	59.00	1.628	.443		27.00-74.00	66.00	1.846	.397
	Serbest Meslek	26.00-65.00	60.00				64.00-71.00	65.00		
	Memur	59.00-71.00	65.00				-	-		
İşçi	-	-			26.00-65.00	45.50				

\*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.10.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Kullandıkları Antihipertansif İlaç Sayılarının Dağılımı

<i>İlaç Sayısı</i>	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>		<i>KONTROL GRUBU</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1Adet	30	81.1	35	92.1
2 Adet	7	18.9	3	7.9
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.10’da müdahale ve kontrol grubu bireylerin kullandıkları antihipertansif ilaç sayılarının dağılımı görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların %81.1’i tek antihipertansif ilaç kullanıyor iken, kontrol grubunda tek antihipertansif ilaç kullananların oranı %92.1 olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.11.** Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Kullanımlarına İlişkin Bazı Özellikleri

	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>				<i>KONTROL GRUBU</i>			
	<i>İlk</i>		<i>Son</i>		<i>İlk</i>		<i>Son</i>	
	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>
<i>İlaç TükendiğindeYenisini Alma Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Hemen Alma	14	37.9	35	94.6	28	73.7	29	76.3
Bekleme	16	43.2	2	5.4	7	18.4	5	13.2
İhmal Etme	7	18.9	-	-	3	7.9	4	10.5
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>
<i>İlaç Dozlarını Kullanma Şekli</i>	<i>İlk</i>		<i>Son</i>		<i>İlk</i>		<i>Son</i>	
Önerilen Dozda	33	89.2	37	100.0	34	89.5	34	89.5
Dozu Azaltarak	-	-	-	-	2	5.3	1	2.6
Dozu Arttırarak	1	2.7	-	-	-	-	-	-
Bazen Azaltıp, Bazen Arttırarak	2	5.4	-	-	1	2.6	-	-
Diğer	1	2.7	-	-	1	2.6	3	7.9
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>
<i>Prospektüsleri Okuma Durumu</i>	<i>İlk</i>		<i>Son</i>		<i>İlk</i>		<i>Son</i>	
Evet	13	35.1	34	91.9	12	31.6	13	34.2
Hayır	18	48.6	2	5.4	23	60.5	23	60.5
Bazen	6	16.3	1	2.7	3	7.9	2	5.3
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan bireylerin ilaçları tükendiğinde yeni ilaçları alma zamanlarına, ilaç dozlarını kullanma Őekillerine ve ilaç prospektülerini okuma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. İlk değerlendirmede kontrol grubunun %76.3’lük bölümünün, son değerlendirmede %76.3’ünün ilaçları tükendiğinde hemen yeni ilaçlarını aldığı ya da aldırđıęı görülürken, ilk değerlendirmede müdahale grubunun %37.9’unun, son değerlendirmede neredeyse tamamının (%94.6) ilaçları tükendiğinde hemen yeni ilaçlarını aldığı ya da aldirttiğı saptanmıştır.

İlk değerlendirme sonuçları incelendiğinde müdahale (%89.2) ve kontrol (%89.5) grubunun büyük çoğunluğunun ilaçları her zaman doktorun önerdiği dozda kullandığı görölmüştür. Kontrol grubunun ilk değerlendirmede %31.6’sı, son değerlendirmede %34.2’si ilaçlarının prospektüslerini okuduğunu ifade ederken, müdahale grubu ilk değerlendirmesinde %35.1 olan ilaç prospektüsü okuma oranı, son değerlendirmede %91.9’a yükselmiş, tamamına yakınının ilaç prospektüslerini okumaya başladığı saptanmıştır.

Tablo 4.12’de araştırmaya katılan bireylerin ilaç tedavisine uyum sağlayamama nedenleri, alınmayan ilaç sayıları ve ilaç almadan geçirilen sürelerinin dağılımı yer almaktadır. Anket uygulaması sırasında bireylerin ilaç almama nedenlerini ve ilaç almadan geçirdikleri süreleri son 3 ayı dikkate alarak belirtmeleri istenmiş, birbirine yakın yüzdeler ile müdahale grubunun %32.4’lük bölümünün, kontrol grubunun %39.5’inin unutkanlık /dalgınlık nedeniyle ilaçlarını zamanında almadığı saptanmıştır. Kontrol grubunun %28.9’u, müdahale grubunun %24.3’ü iş yoğunluğu nedeniyle ilaçlarını zamanında alamadığını belirtirken, müdahale grubunun %21.6’sı ilaçlarını bilerek zamanında almamıştır. Müdahale grubunun %51.4’ü, kontrol grubunun %23.7’si 19 ile 24 saat arası ilaçlarını almamış, son değerlendirmede kontrol grubunun %28.1’i ilaç almadan geçirdiği sürenin 24 saatten fazla olduğunu ifade etmiştir.

İlk değerlendirmede müdahale grubundan 14 kişi (%37.8) 1-3 arasında, kontrol grubundan 23 kişi (%60.5) 4-6 arasında atladıkları ilaç olduğunu belirtmiştir. Müdahale grubunun son görüşmesinde katılımcıların atladıkları ilaç sayısı 6’ya düşmüş ve bu kişiler atladıkları ilaç sayısının 1-3 arasında olduğunu belirtmiştir. İlk

değerlendirmede kontrol grubunda 1-3 arası ilaç atladığını belirten 7 kişi bulunurken, son görüşmede 1-3 arası ilaç atlayan kişi sayısı 20'ye (%62.6) yükselmiştir.

**Tablo 4.12.** Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Sağlayamama Nedenleri, Alınmayan İlaç Sayıları ve İlaç Almadan Geçirilen Sürelerinin Dağılımı

	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>				<i>KONTROL GRUBU</i>			
	<i>İlk</i>		<i>Son</i>		<i>İlk</i>		<i>Son</i>	
	<i>Değerlendirme</i>		<i>Değerlendirme</i>		<i>Değerlendirme</i>		<i>Değerlendirme</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>İLAÇ ALMAMA NEDENLERİ</i></b>								
İş Yoğunluğu	9	24.3	3	50.0	11	28.9	10	31.2
İlaçların Yan etkisi	3	8.2	-	-	1	2.6	-	-
İlaç İçmeyi Sevmeme	-	-	-	-	1	2.6	-	-
Unutkanlık /Dalgınlık	12	32.4	-	-	15	39.5	12	37.5
Aile Sorunları	1	2.7	-	-	-	-	1	3.1
Bilerek İçmemiş	8	21.6	3	50.0	7	18.4	4	12.6
Geç Kalkma	2	5.4	-	-	-	-	1	3.1
Seyahat	1	2.7	-	-	1	2.6	1	3.1
Yemeği Geç Yemek	1	2.7	-	-	-	-	-	-
Misafirlik/Kalabalık Ortam	-	-	-	-	2	5.4	3	9.4
<b>Toplam</b>	37	100.0	6	100.0	38	100.0	32	100.0
<b><i>Alınmayan İlaç Sayısı</i></b>								
1-3	14	37.8	6	100.0	7	18.4	20	62.6
4-6	6	16.3	-	-	23	60.5	2	6.2
7-9	-	-	-	-	1	2.7	2	6.2
10 <	17	45.9	-	-	7	18.4	8	25.0
<b>Toplam</b>	37	100.0	6	100.0	38	100.0	32	100.0
<b><i>İlaç Almadan Geçirilen Süre</i></b>								
1-6 Saat	15	40.5	-	-	12	31.6	12	37.5
7-12 Saat	3	8.1	2	33.3	8	21.1	4	12.5
13-18 Saat	-	-	-	-	1	2.5	1	3.1
19-24 Saat	19	51.4	4	66.7	9	23.7	6	18.8
24 Saatten Fazla	-	-	-	-	8	21.1	9	28.1
<b>Toplam</b>	37	100.0	6	100.0	38	100.0	32	100.0

**Tablo 4.13.** Araştırmaya Katılan Bireylerin İlk ve Son Değerlendirme İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması

İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel Analiz	
	Min-Max	Ortanca Değer	Min-Max	Ortanca Değer	Mann Whitney U	p
<i>İlk Değerlendirme</i>	26.00-71.00	60.00	26.00-74.00	65.50	418.000	.002
<i>Son Değerlendirme</i>	59.00-77.00	72.00	26.00-75.00	65.00		
	<i>Z*</i>	<i>p</i>	<i>Z*</i>	<i>p</i>		
	-5.239	.000	-.730	.466		

\*Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır.

Tablo 4.13’de araştırmaya katılan bireylerin İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) ilk ve son değerlendirme sonuçlarının karşılaştırması yer almaktadır. Müdahale grubunda ilk değerlendirme İBÖS ortanca değeri 60.00, son değerlendirme İBÖS ortanca değeri 72.00 olarak saptanırken, kontrol grubunun ilk İBÖS ortanca değeri 65.50, son İBÖS ortanca değerinin 65.00 olduğu görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubu ilk değerlendirme İBÖS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmakta ( $p < 0.05$ ), yapılan karşılaştırmalar sonrasında müdahale grubu ilk ve son değerlendirmeleri arasında fark olduğu tespit edilirken ( $p < 0.05$ ), kontrol grubu İBÖS ilk ve son değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

#### 4.4. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Ölçümleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin kan basıncı takiplerine ilişkin özellikleri ve kontrole gitme sıklıkları ile kan basınçlarının ilk ve son değerlendirme sonuçları bu bölümde yer almaktadır.

**Tablo 4.14.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Kan Basıncı Takiplerine İlişkin Özelliklerinin ve Kontrole Gitme Sıklıklarının Dağılımı

	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>				<i>KONTROL GRUBU</i>			
	<i>İlk Değerlendirme</i>		<i>Son Değerlendirme</i>		<i>İlk Değerlendirme</i>		<i>Son Değerlendirme</i>	
<i>Kan Basıncı Ölçümünü Bilme Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	14	37.8	13	35.1	19	50.0	19	50.0
Hayır	23	62.2	24	64.9	19	50.0	19	50.0
<b>Toplam</b>	37	100.0	37	100.0	38	100.0	38	100.0
<b><i>Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı</i></b>								
Her Gün	1	2.7	1	2.8	3	7.9	2	5.3
Haftada Birkaç Kez	4	10.8	14	37.8	6	15.8	7	18.4
Ayda Bir Kez	4	10.8	17	45.9	3	7.9	4	10.6
Kendini Rahatsız Hissettiğinde	25	67.6	5	13.5	24	63.2	23	60.5
Diğer	1	2.7	-	-	1	2.6	1	2.6
Takip Yapmıyor	2	5.4	-	-	1	2.6	1	2.6
<b>Toplam</b>	37	100.0	37	100.0	38	100.0	38	100.0
<b><i>Kan Basıncı Takibi Yapılan Yer</i></b>								
Evde	15	40.5	16	43.2	18	47.4	17	44.7
Aile Sağlığı Merkezinde	17	45.9	17	45.9	12	31.6	11	28.9
Hastanede	-	-	-	-	5	13.2	5	13.2
Diğer	4	10.8	4	10.9	2	5.3	4	10.5
Takip Yapmıyor	1	2.8	-	-	1	2.5	1	2.7
<b>Toplam</b>	37	100.0	37	100.0	38	100.0	38	100.0
<b><i>Kontrol Gitme Sıklığı</i></b>								
Ayda Bir Kez	4	10.9	5	13.5	5	13.2	5	13.2
3 Ayda Bir Kez	13	35.1	30	81.1	13	34.2	13	34.2
6 Ayda Bir Kez	-	-	-	-	-	-	1	2.6
Yılda Bir Kez	5	13.5	-	-	1	2.6	1	2.6
Diğer	7	18.9	2	5.4	15	39.5	14	36.8
Kontrol Gitmiyor	8	21.6	-	-	4	10.5	4	10.6
<b>Toplam</b>	37	100.0	37	100.0	38	100.0	38	100.0

Tablo 4.14’de araştırmaya katılan bireylerin kan basıncı takiplerine ilişkin özelliklerinin ve kontrole gitme sıklıklarının dağılımı yer almaktadır. İlk değerlendirmede müdahale grubunun %37.8’i, kontrol grubunun yarısı kan basıncı ölçümünü bildiğini belirtmiştir.

Müdahale grubunun %67.6’sı sadece kendini rahatsız hissettiğinde ölçüm yaptığını/yaptırıldığını belirtirken, son değerlendirmede müdahale grubunun

%45.9'luk bölümü ayda bir kez, %37.8'i haftada birkaç kez kan basıncı ölçümü yapıldığını ifade etmiş, kontrol grubu ilk değerlendirilmesinde grubun %63.2'sinin, son değerlendirme %60.5'inin sadece kendini rahatsız hissettiğinde ölçüm yaptırmaya devam ettiği, düzenli aralıklarla ölçüm yaptırmadığı görülmüştür.

İlk değerlendirme sonuçlarına göre müdahale grubunun %45.9'u aile sağlığı merkezinde, %40.5'i evde, kontrol grubunun %47.4'ü evde, %31.6'sı aile sağlığı merkezinde kan basıncı takibini yapmakta ya da yaptırmaktadır. Son değerlendirme sonuçlarına göre ise müdahale grubunun %43.2'si, kontrol grubunun %44.7'si evde kan basıncı takibini yapmakta ya da yaptırmaktadır. İlk değerlendirmede müdahale ve kontrol grubunda kan basıncı takibi yaptırmadığını belirten 1'er kişi bulunurken, son değerlendirmede müdahale grubunda takip yaptırmayan kişi bulunmadığı görülmüştür.

İlk değerlendirme sonuçları incelendiğinde müdahale grubunun %35.1'lik bölümünün, yakın bir yüzde ile kontrol grubunun %34.2'sinin 3 ayda bir kez kontrole gittiği, müdahale grubunun %21.6'sının hiç gitmediği, kontrol grubunun %39.5'lik bölümünün diğer seçeneğini cevapladığı saptanmış, diğer seçeneğine ise; **“rahatsız hissettiğimde giderim”**, **“ilaç yazdırmaya giderim”** ve **“rapor yenilenmesi gerektiğinde giderim”** cevaplarının verildiği görülmüştür. Son değerlendirme sonuçları incelendiğinde müdahale grubunun büyük bir kısmının (%81.1), kontrol grubunun %34.2'sinin 3 ayda bir kez kontrollerine gittiği ya da gitmeyi düşündüğü, ilk değerlendirme sonuçlarına yakın bir yüzde ile kontrol grubunun %36.8'inin diğer seçeneğine cevap verdiği görülmüştür.

Tablo 4.15'de araştırmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirme kan basıncı sonuçlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İlk değerlendirme sonuçlarına göre müdahale grubu SKB ölçümü ortanca değeri 150.00mmHg, son değerlendirme müdahale grubu SKB ortanca değeri 130.00mmHg olarak saptanırken, ilk ve son değerlendirme kontrol grubu SKB ortanca değerinin 140.00mmHg olduğu görülmüştür.

Kontrol grubunun ilk ve son değerlendirme DKB ortanca değeri 90.00mmHg olarak bulunmuş, müdahale grubu ilk değerlendirme DKB ölçümü ortanca değeri 90.00mmHg iken, çalışma sonunda ortanca değer azaldığı ve 80.00mmHg olduğu belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analizlerde, ilk değerlendirme SKB ve DKB sonuçları bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında fark olmadığı ( $p>0.05$ ), benzer biçimde kontrol grubunun ilk ve son kan basıncı ölçümleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı ( $p>0.05$ ), müdahale grubu ilk ve son değerlendirme SKB ve DKB kan basıncı ölçüm sonuçlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ortaya konmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.15.** Araştırmaya Katılan Bireylerin İlk ve Son Değerlendirme Kan Basıncı Sonuçlarının Karşılaştırılması

		<i>İlk Değerlendirme</i>			<i>Son Değerlendirme</i>		
<i>MÜDAHALE GRUBU</i>	<i>Kan Basıncı</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Mann Whitney U**</i>	<i>p</i>
	SKB	120.00-170.00	150.00	110.00-160.00	130.00	-.893	.372
		<b>Z*</b>		<b>p</b>			
		-5.066		.000			
DKB	80.00-120.00	90.00	70.00-110.00	80.00			
	<b>Z*</b>		<b>p</b>				
		-4.802		.000			
		<i>İlk Değerlendirme</i>			<i>Son Değerlendirme</i>		
<i>KONTROL GRUBU</i>	<i>Kan Basıncı</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Ortanca Değer</i>	<i>Mann Whitney U***</i>	<i>p</i>
	SKB	120.00-180.00	140.00	110.00-180.00	140.00	-.654	.513
		<b>Z*</b>		<b>p</b>			
		-.223		.823			
DKB	70.00-130.00	90.00	70.00-110.00	90.00			
	<b>Z*</b>		<b>p</b>				
		-1.723		.085			

\*Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanılmıştır.

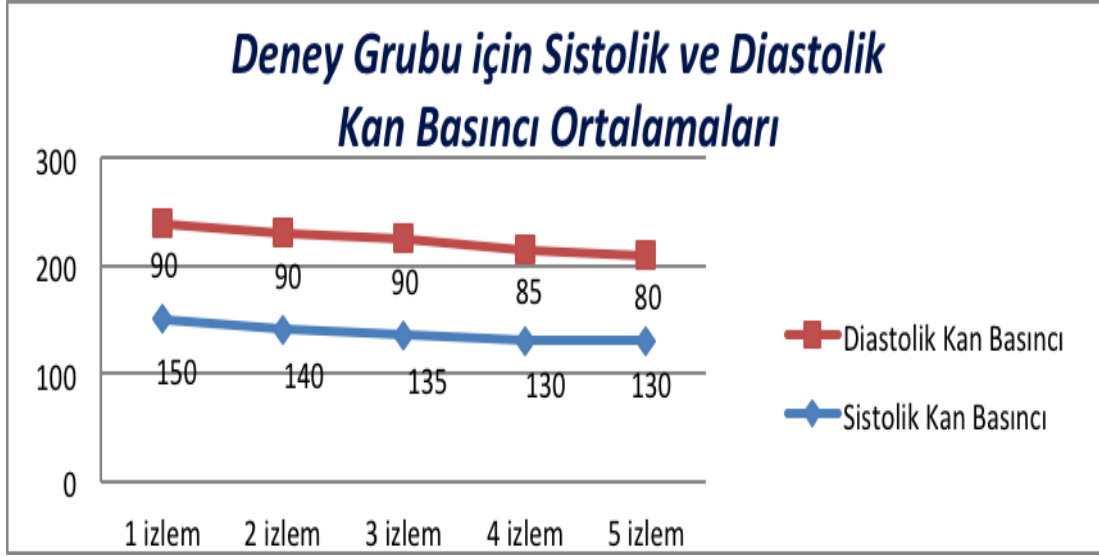
\*\*Sistolik Kan Basıncıları ilk değerlendirme sonuçları karşılaştırılmıştır.

\*\*\* Diyastolik Kan Basıncıları ilk değerlendirme sonuçları karşılaştırılmıştır.

Grafik 4.1'de uygulanan görüşmeler sonrası müdahale grubu sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Müdahale grubu ile yapılan ilk görüşme sonrası SKB ortanca değeri 150.00mmHg, üçüncü görüşme sonrası 135.00mmHg ve son görüşme sonrası 130.00mmHg olarak saptanmıştır. İlk ve üçüncü görüşme DKB ortanca değeri 90.00mmHg, son görüşmede DKB ortanca değeri 80.00mmHg olarak belirlenmiştir. Müdahale grubuna uygulanan görüşmeler



sonrasında kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların oluştuğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).



**Grafik 4.1.** Müdahale Grubu Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı Ölçümleri

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Öz Yeterlik Algısı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Motivasyonel görüşme; empati kurma, çelişkiyi geliştirme, dirençle yuvarlama ve kişisel yeterliliği destekleme temel prensiplerine odaklanan yargılayıcı olmayan ve danışan merkezli bir danışmanlık biçimidir (89). Motivasyonel görüşmenin hipertansiyon ve yaşam tarzı değişiklikleri üzerine etkisini gösteren çalışmalar yanı sıra (30, 31), meyve ve sebze tüketiminde (121), diyet uyumunda (128) yaşam tarzı değişikliklerine uyumda (122) ve benzer birçok konuda etkin bir şekilde kullanılabilmesine dair gerek hemşireler gerekse diğer sağlık profesyonellerince uygulanmış birçok çalışma bulunmaktadır.

Yaptığımız çalışmada motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin öz yeterlik algısı üzerine etkisi incelendiğinde; ilk değerlendirme Genel Özyeterlilik Ölçeği ortanca değerinin 57.00, son değerlendirme ortanca değerinin 75.00 olduğu, kontrol grubunun ilk değerlendirmede 63.50 olan Genel Özyeterlilik Ölçeği ortanca değerinin çalışma sonunda 64.50'e yükseldiği görülmüştür. Müdahale grubuna uygulanan motivasyonel görüşmeler sonrasında Genel Özyeterlilik Ölçeği puanlarında artış olmuş, ilk ve son değerlendirme sonuçları arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise ilk ve son değerlendirme sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Meybodia ve arkadaşlarının (134) fazla kilolu ve obez 30 kadınla yaptığı deneysel çalışmada ve Warzieski ve arkadaşlarının (135) 170 kişi ile yaptıkları deneysel çalışmada, motivasyonel görüşme tekniğinin araştırmaya katılan bireylerin öz yeterliklerini artırmada etkili olduğu ortaya konmuştur. Bennett ve arkadaşlarının (29) fiziksel yönden inaktif durumda olan 56 kanser hastasına motivasyonel görüşme tekniği uygulayarak gerçekleştirdikleri deneysel çalışmada ise, egzersiz öz yeterliliği yüksek olan kişilerin düşük öz yeterliliğe sahip bireylere göre fiziksel aktivitelerini daha fazla artırdıkları belirlenmiştir.

Linden ve arkadaşlarının kronik hastalığı bulunan 106 kişiye motivasyonel görüşme uyguladığı yarı deneysel çalışmada, görüşmeler sonrasında bireylerin öz yeterliklerinde iyileşme olduğu saptanmıştır (136). Benzer biçimde bireylerin tedavi

uyumları ile ilaç tedavisi uyumu ya da ilaç tedavisi özetkililik ölçekleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar olduğu gibi (137, 138), hastaların özyeterliklerinin hipertansiyon yönetimi ve ilaç tedavisi uyumuyla ilişkisini ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (116, 139-141). Yaptığımız çalışmada da hastaların öz yeterlikleri ile ilaç tedavisi uyumları arasında ilişki olduğu ve uygulanan motivasyonel görüşmeler sonrasında hipertansif bireylerin öz yeterlik düzeylerinin önemli ölçüde arttığı görülmüştür.

## **5.2. Motivasyonel görüşmenin Hipertansif Bireylerin İlaç Tedavisi Uyumları Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular**

Yetersiz uyumun nedenleri çok etmenlidir ve antihipertansif tedaviye uyumsuzluk önemli bir problemdir (53,142). WHO, tedaviye uyumsuzluğun potansiyel nedenlerini sağlık sistemiyle ilişkili, durumsal, hasta, tedavi ve sosyoekonomik nedenli olmak üzere beş büyük grupta kategorize etmiştir (143, 144). Tedavi uyumsuzluğu hipertansif hastaların 2/3'ünden daha fazlasında hipertansiyonun kontrol altına alınmasına engel olmaktadır (53).

Anket uygulaması sırasında bireylerin ilaç almama nedenlerini ve ilaç almadan geçirdikleri süreleri son 3 ayı dikkate alarak belirtmeleri istenmiştir. Unutkanlık /dalgınlık nedeniyle ilaçlarını zamanında almayan kişilerin oranı her iki grupta da yüksek bulunmuş, ilk değerlendirmede birbirine yakın yüzdeler ile müdahale grubunun %32.4'ü, kontrol grubunun %39.5'i unutkanlık /dalgınlık nedeniyle ilaçlarını zamanında alamadıklarını belirtmişlerdir. İlk değerlendirmede kontrol grubunun %28.9'u, müdahale grubunun %24.3'ü iş yoğunluğu nedeniyle ilaçlarını zamanında alamadığını belirtirken, müdahale grubunun %21.6'sı ilaçlarını bilerek zamanında almamıştır.

Hastaların ilaçlarını doğru zaman ve dozda alabilmelerini sağlayabilmek amacıyla çeşitli özelliklerde hatırlatıcılar bulunmakta ve bunların çoğunlukla etkili olduğu bilinmektedir. Bu hatırlatıcılar; alarmlar, takvimler, mektuplar, broşürler ve telefon aramaları şeklinde kullanılabilir (145). Yapılan çalışmada 5 gözü bulunan ve 5 farklı zaman ayarlaması yapılabilen zaman ayarlı ilaç kutuları kullanılmıştır. Bu alarmlar ile müdahale grubundaki bireylerin unutkanlık / dalgınlık

nedeniyle ilaçlarını zamanında alamaması sorununun önüne geçilmiş, bu nedenlerle oluşan tedavi uyumsuzlukları engellenmiştir.

Lee ve arkadaşlarının (146) temel psikolojik danışma becerileri kursuna motivasyonel görüşmeyi dahil ederek uyguladıkları ve 200 hastayla yaptıkları benzer bir çalışmada, müdahale grubundaki hastalara eğitim düzenlenmiş, ilaç hatırlatıcıları verilip, her iki ayda klinik ziyaret yapılmıştır. Çalışma sonunda ilaç uyumunda yaklaşık %30 oranında gelişme olmuş, sistolik kan basıncında da belirgin düzeyde iyileşme sağlanmıştır. Benzer biçimde tedavi uyumsuzluğunda ilaç alma zamanının önemini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (147-151).

Yaptığımız araştırma sonucunda Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur. Uygulanan motivasyonel görüşmeler yanı sıra, kullanılan zaman ayarlı ilaç kutularının bireylerin ilaçlarını doğru zamanda almalarına büyük katkı sağladığı, bu tür basit hatırlatıcılarla önemli bir uyumsuzluk nedeni olan unutkanlıkların önlenebileceği ve bu hatırlatıcıların uygulanan motivasyonel görüşmenin etkinliğini artırdığı, konuyla ilgili yapılmış çalışma sonuçlarıyla da uyumlu olarak söylenebilir.

İlk değerlendirmede müdahale grubundan 14 kişi (%37.8) atladığı ilaç sayısının 1-3, kontrol grubundan 23 kişi (%60.5) atladıkları ilaç sayılarının 4-6 arasında olduğunu belirtmiştir. Müdahale grubunun son görüşmesinde katılımcıların atladıkları ilaç sayısı 6'ya düşmüş ve bu kişiler atladıkları ilaç sayısının 1-3 arasında olduğunu belirtmiştir. İlk değerlendirmede kontrol grubunda 1-3 arası ilaç atladığını belirten 7 kişi bulunurken, son görüşmede 1-3 arası ilaç atlayan kişi sayısının 20'ye (%62.6) yükselmesi çarpıcı bir sonuçtur ve atlanan ilaç sayısının kontrol grubunda da azaldığını göstermektedir.

Vrijens ve arkadaşlarının (152) 4783 kişiyi kapsayan Longitudinal çalışmasında, hastaların hemen hemen % 95'ine yakınının yılda en az 1 kez doz atladığı, üç günden fazla doz atlama oranının ise %48 olduğu bildirilmiş, aynı çalışmada mevsimsel olarak Nisan ve Eylül aylarında tedavi uyumunda aksama gözlemlendiği, hafta içine göre hafta sonunda doz atlama açısından belirgin farklılık olduğu saptanmıştır. Akgöl'ün (153) Genel Dahiliye polikliniğine başvuran ve halen antihipertansif tedavi alan 550 hipertansif birey ile yaptığı çalışmada, hipertansif bireylerin %61.0'lik bölümünün en az bir kez doz atladığı, %51.0'inin üç günden

fazla doz atladığı ortaya konmuş, Vivian (154) tarafından esansiyal hipertansiyonu olan 56 bireyle yapılan deneysel bir çalışmada ise; müdahale grubunun %68.0'inin, kontrol grubunun %48.0'inin en az haftada birkez ilaçlarını almayı unuttuğu saptanmıştır.

Yaptığımız araştırmanın ilk değerlendirmesinde kontrol grubunda 1-3 arası ilaç atladığını belirten sadece 7 kişi bulunurken, son görüşmede 1-3 arası ilaç atlayanların sayısının 20 kişiye yükselmesi, 6 kişinin araştırma süresince hiç ilaç atlamadığını belirtmesi ve son değerlendirmede kontrol grubunda bulunan hipertansif bireyler tarafından **“Tekrar geleceğiniz için ilaçlarımıza dikkat ettik”** ifadesinin sıklıkla kullanılması, araştırmanın dikkat çekici bir sonucu olarak görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri bulunan, ancak aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra önemi giderek azalan ev ziyareti tekniğinin gerekliliğinin ortaya konması ve hipertansif bireylerin izleminde etkili bir yöntem olarak kullanılabileceğinin vurgulanması açısından, elde edilen bulgular yararlı olabilir.

Yaptığımız çalışmada, müdahale grubu İBÖS ortanca değeri 60.00, son değerlendirme İBÖS ortanca değeri 72.00 olarak saptanmış ve müdahale grubuna uygulanan motivasyonel görüşmeler sonrasında İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) puanlarında artış olmuştur ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunun ilk ve son değerlendirme sonuçları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ).

Mert ve arkadaşlarının (155) 91 hastayla yaptıkları kesitsel çalışmada, hastaların, Antihipertansif ilaç Tedavisine Uyum Ölçek puanı ortalamasının  $4.66 \pm 2.23$  (Aralık 1-11) olduğu ve büyük çoğunluğunun (%86.8) ilaç tedavisine uyduğu saptanmıştır. Hacıhasanoğlu'nun (130) 130 hipertansif bireyle yaptığı deneysel çalışmada her iki müdahale İBÖS ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel açıdan önemli olduğu belirtilmiş, kontrol grubunda ise ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur. Hashmi ve arkadaşlarının Hashmi ve arkadaşlarının (156) Pakistanda 460 hastayla yaptıkları kesitsel çalışmada, MMAS (İlaç Bağlılık/Uyum Ölçeği) puanlarının uyumlu grupta belirgin şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir.

Riekert ve arkadaşlarının (157) Astımı bulunan 37 adölesan ile yaptıkları yarı deneysel çalışmada katılımcılar, motivasyonlarının ve tedaviye uyumlarının arttığını belirtmişlerdir. Lavoie ve arkadaşlarının (158) tedavi uyumu yeteli düzeyde olmayan 54 astımlı hasta ile yaptıkları çalışmada, motivasyonel görüşmenin uyum davranışına, astım kontrol seviyesine ve astım öz yeterlik düzeyine önemli etkilerinin olduğu saptanmıştır.

Ogedegbe ve arkadaşlarının (159) 190 hipertansif bireye motivasyonel görüşme uygulayarak gerçekleştirdikleri deneysel çalışmada, öngörülen ilaç tedavi uyumunda anlamlı bir değişim sağlanmış, uygulanan tekniğin hipertansif bireylerin tedavi uyumunu artırmada etkili olduğu saptanmıştır. Ma ve arkadaşlarının (160) 120 kişiyle yaptığı deneysel çalışmada, motivasyonel görüşme tekniğinin ilaç tedavisi uyumunu ve diyet uyumunu artırmada, kontrol grubu ile istatistiksel olarak farklılık yaratacak düzeyde etkili olduğu ortaya konmuştur. Foster ve arkadaşlarının (161) hipertansif 220 bireyle yaptıkları deneysel çalışmada müdahale gruplarının tedavi uyumlarında belirgin artışlar görülmüş, kan basınçlarında ise önemli düzeylerde azalmalar sağlanmıştır. İncelenen bu çalışmalarının tümünde, yaptığımız çalışmaya benzer olarak motivasyonel görüşmenin tedavi uyumunu sağlamada oldukça etkili olduğu görülmüştür.

### **5.3. Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Ölçümleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular**

Kan basıncının düzenli aralıklarla ölçülmesi ve kontrollere düzenli olarak gidilmesi, ailede hipertansiyon öyküsü bulunanlarda erken teşhis ve tedavinin sağlanması, hipertansiyonu olan bireylerde ise etkin kan basıncı yönetiminin sağlanması açısından son derece önemlidir.

Çalışmamızın ilk değerlendirme sonuçlarına göre müdahale grubunun %67.6'sı, yakın bir yüzdeyle kontrol grubunun %63.2'si sadece kendini rahatsız hissettiğinde ölçüm yaptığını/yaptırdığını belirtirken, son değerlendirmede müdahale grubunun %45.9'luk bölümü ayda bir kez, %37.8'i haftada birkaç kez şikayeti olsun ya da olmasın, kan basıncı ölçümü yaptığını/yaptırdığını ifade etmiştir. İlk değerlendirme sonuçlarına göre müdahale grubunun %45.9'u aile sağlığı merkezinde, %40.5'i evde, kontrol grubunun %47.4'ü evde, %31.6'sı aile sağlığı

merkezinde kan basıncı takibini yapmakta ya da yaptırmaktadır. Son değerlendirme sonuçlarına göre ise müdahale grubunun %43.2'si, kontrol grubunun %44.7'si evde kan basıncı takibini yapmakta ya da yaptırmaktadır. İlk değerlendirme sonuçları incelendiğinde müdahale grubunun %35.1'lik bölümünün, yakın bir yüzde ile kontrol grubunun %34.2'sinin 3 ayda bir kez kontrole gittiği, son değerlendirmede ise müdahale grubunun büyük bir kısmının (%81.1), kontrol grubunun %34.2'sinin 3 ayda bir kez kontrollerine gittiği ve düzenli olarak gitmeyi düşündüğü saptanmıştır.

Oskay ve arkadaşlarının (162) İzmir'de bir sağlık ocağına başvuran 245 kişiyle yaptıkları tanımlayıcı tipteki çalışmada, hastaların %7.3'ünün kan basıncını her gün ölçtürdüğü, %23.7'sinin ise hiç ölçtürmediği, Yabal'un (163) Konya il merkezi, ilçe ve köylerinde küme örnekleme yöntemi ile 800 kişiye ev ziyaretleri uygulayarak hipertansiyon taraması yaptığı çalışmada, katılımcıların %13'ünün hayatlarında hiç kan basıncı ölçtürmediği, %52'sinin yılda birkaç kez, %21'inin ayda birkaç kez, %5'inin her gün kan basıncını ölçtürdüğü saptanmıştır. Akgöl'ün (153) Genel Dahiliye polikliniğine başvuran ve halen antihipertansif tedavi alan 550 hipertansif birey ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %20.5'lik bölümünün kan basınçlarını her gün ölçtüğü veya ölçtürdüğü, tansiyon sürelerine ve tedaviye uyumlarına göre karşılaştırıldığında daha sık kontrole giden hastalarda tedaviye uyumunun daha iyi olduğu, tansiyon süreleri uzun olan hastalarında kontrole gitme sıklıklarının arttığı bulunmuştur. Ataman'ın (164) İspir (Erzurum) Devlet Hastanesi, Dâhiliye, Cerrahi, Diş Poliklinikleri ve Acil Servisine başvuran 225 hipertansif bireyle yaptığı çalışmada ise, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%72) kontrollere rahatsızlandığında gittiği, %9.8'inin ayda bir defa, %14.2'sinin ayda birden fazla kez kontrole gittiği saptanmıştır.

Yaptığımız araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, katılımcıların kan basıncı ölçüm ve doktor kontrolüne gitme durumlarının, konu ile ilgili yapılmış çalışma sonuçlarına benzer özellikler taşıdığı söylenebilir. Ayrıca, yaptığımız çalışma sonunda hipertansif bireylerin düzenli kan basıncı ölçtürme durumlarında ve kontrole gitme sıklıklarında belirgin artış olduğu, uygulanan müdahalenin bireylerin kan basıncı ölçtürme ve doktor kontrollerini artırmada etkili olduğu görülmüştür.

Yetersiz tedavi uyumu, kan basıncı regülasyonunun sağlanamamasının önemli nedeni olarak görülmektedir. Tedavi uyumunun iyi düzeyde olması ise, kan

basıncı kontrolünün sağlanmasında ve hipertansiyon komplikasyonlarının azaltılmasında oldukça etkilidir (143, 144).

Yaptığımız çalışmanın ilk değerlendirme sonuçlarına göre müdahale grubu SKB ölçümü ortanca değeri 150.00mmHg, son değerlendirme SKB ortanca değeri 130.00mmHg olarak saptanırken, ilk değerlendirme DKB ölçümü ortanca değeri 90.00mmHg, son değerlendirme DKB ortanca değeri 80.00mmHg olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmalar sonrasında kontrol grubunun kan basıncı ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0.05$ ), müdahale grubu SKB ve DKB ölçümlerinde düşüş olduğu ve ölçümler arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Hacıhasanoğlu'nun 130 hipertansif bireyle yaptığı deneysel çalışmada (130) her iki müdahale grubunda sistolik ve diyastolik kan basınçları ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel açıdan önemli olduğu belirtilmiş, kontrol grubunda ise ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur. Navidian ve arkadaşlarının (165) 61 hipertansif bireyle yaptıkları yarı deneysel bir çalışmada, özellikle diyastolik kan basıncını azaltmada motivasyonel görüşmenin oldukça etkili olduğu ortaya konmuştur.

Yaptığımız araştırmaya benzer biçimde motivasyonel görüşmenin kan basıncını azaltmada etkili bir yöntem olarak kullanılabilmesine dair farklı çalışmalar bulunması (31, 128, 160) yanı sıra, hemşirelerin kan basıncı yönetiminde profesyonel becerilerini kullanmasının kan basıncı kontrolünün sağlanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğunu ortaya koyan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (111, 112, 114). Ancak hemşirelerin hipertansiyon hastalığının yönetimi, hipertansiyon tedavisine uyum, hipertansiyonda yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması gibi konularda motivasyonel görüşme tekniği kullanarak yapmış olduğu çalışma sayısı çok sınırlıdır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmada;

- ✓ Müdahale grubunda Genel Özyeterlilik Ölçeği ilk ve son değerlendirme puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).
- ✓ Müdahale grubunda İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ilk ve son değerlendirme puanları arasında anlamlı fark olduğu ortaya konmuştur (Tablo 4.13).
- ✓ Kontrol grubunun SKB kan basıncı ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, müdahale grubu SKB kan basıncı ölçümleri ilk ve son değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür (Tablo 4.15).
- ✓ Kontrol grubunun DKB kan basıncı ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, müdahale grubu DKB kan basıncı ölçümleri ilk ve son değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

### 6. 2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Motivasyonel görüşme tekniği hipertansif bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine adaptasyonlarını sağlamak için uygulanabilir.
2. Motivasyonel görüşme tekniği, daha geniş uygulama alanları oluşturularak hipertansif bireylerin tedavi uyumlarını sağlamada kullanılabilir
3. Motivasyonel görüşme tekniği hipertansiyon dışında diğer kronik hastalıklarda da hastaların hastalık algılarını olumlu yönde etkilemede, yaşam tarzı değişikliklerini sağlamada ve ilaç tedavisi uyumlarını arttırılmasında denenebilir.

4. Motivasyonel görüşme tekniği hastaların taburculuk planları hazırlanırken uygulanarak hastaların kan basınçlarının düzenlenmesine ve tedavi uyumlarının arttırılmasına katkıda bulunulabilir.
5. Aile Sağlığı merkezleri ile işbirliği yapılarak ve destekleri alınarak, motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin tedavi uyumlarını bir ya da iki yıl gibi daha uzun sürelerde değerlendirecek çalışmalar planlanabilir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2013). A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. WHO/DCO/WHD/2013.2WHO publications, Geneva, Switzerland.  
**[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)**. Erişim Tarihi: 12.12.2013.
2. World Health Organization (2014). Cardiovascular diseases (CVDs).  
**<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>**. Erişim Tarihi: 21.01.2014.
3. World Health Organization (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, Switzerland.  
**[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)**. Erişim Tarihi: 12.12.2013.
4. Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A. ve diğerleri. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure; The JNC-7 Report. *JAMA*, 289, 2560-2571.
5. Erdine, S. (2000). How well is hypertension controlled in Europe. *J Hypertension*, 18, 1348-1349.
6. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D. ve diğerleri. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), 18-209.
7. Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O. ve diğerleri. (2005). Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertension*, 23(10), 1817-1823.
8. Soydan, İ. (2007). Hipertansiyonla İlgili TEKHARF Çalışması Verileri ve Yorumu. TEKHARF. Türk Halkının Kalp Sağlığı Gizemine Çözüm, Evrensel Tıbbı Katkı. Editör: Prof. Dr. Altan Onat. Argoscortex iletişim hizmetleri. İstanbul.

9. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. (2011). Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011- 2015. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 835. Deniz Matbaacılık. Ankara.
10. TÜİK. (2010). Türkiye Sağlık Araştırması 2010. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi: 14.12.2013.
11. World Health Organization. (2005). Clinical guidelines for the management of hypertension. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Cairo 2005. <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>. Erişim Tarihi: 14.12.2013.
12. Banegas, J. R. (2006). Control of high blood pressure in primary health care. *American Journal of Hypertension*, (19), 146.
13. Chockalingam, A., Campbell, N. R. J., Fodor, G. (2006). Worldwide epidemic of hypertension. *Can J Cardiol*, 22 (7), 553-555.
14. U.S. Department of Health and Human Services. (2012). Self-Measured Blood Pressure Monitoring: Comparative Effectiveness. Comparative Effectiveness Review Number 45. Contract No. HHS 290-2007-10055-I. AHRQ Publication No. 12- EHC002-EF. <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=941&pageaction=displayproduct>. Erişim Tarihi: 14.12.2013.
15. Caribbean Health Research Council. (2007). Managing Hypertension in Primary Care in the Caribbean. Caribbean Health Research Council 2007. ST. Augustine. Trinidad & Tobago. <http://www.chrc-caribbean.org>. Erişim Tarihi: 14.12.2013.
16. Dellinger, A. B., Bobbett, J. J., Olivier, D. F., Ellet, C. D. (2008). Measuring teachers self-efficacy beliefs: Development and use of the TEBS-Self. *Teaching and Teacher Education*, 24 (3), 751–766.
17. Akkoyunlu, B., Orhan, F. (2003). Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi (BÖTE) Bölümü Öğrencilerinin Bilgisayar Kullanma Öz Yeterlik İnancı ile

Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 2 (3), 21-24.

18. Bandura, A. (2002) Social foundations of thought and action. The Health Psychology Reader, 6 Edition, D Marks (Ed), Londra: Sage Publications.
19. Gallant, M.P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic İlness Self-Management. A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30,170-195.
20. Stuijbergen, A. K., Seraphine, A., Roberts, G. (2000). An Explanatory Model of Health Promotion and Quality of Life in Chronic Disabling Conditions. *Nurs Res*, 49, 122-129.
21. Stockert, P. A. (2000). The determinants of healthpromoting lifestyle in older adults. The Degree of Doctor of Philosophy, University of Saint Louis, Saint Louis.
22. Van Der Ven, N.C., Weinger, K., Yi, J., Pouwer, F., Ad' er, H. ve diğerleri. (2003). The Confidence in Diabetes Self-Care Scale Psychometric Properties of a New Measure of Diabetes-Specific Self-Efficacy in Dutch and U.S. Patients with Type 1 Diabetes, *Diabetes Care*, 26, 713-718.
23. Cassidy, S. F., Eachus, P. (2001). Explaining Academic Achievement Amongst Students in Higher Education: Learning Style, Academic Self-Efficacy, Academic Locus of Control, Computer Self-Efficacy and Perceived Proficiency as Determinants of Final Degree Classification. European Learning Styles Information Network. 6th Annual Conference. University of Glamorgan, UK.  
**<https://www.seek.salford.ac.uk/user/profile/publications/view.do?publicationNum=5789>**. Erişim Tarihi: 14.12.2013.
24. Brodie, A. D., Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 518-527.

25. Özcan, S. (2009). Denetimli Serbestlik Uygulamasında Motivasyonel Görüşmelerin Etkinliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
26. Graeber, A. D., Theresa, B. M., Griffith, G., Guajardo, E., Tonigan, S. (2003). A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 39 (3), 12-14.
27. Thomas, L. M., Elliott, E. J., Rao, M. S., Fahey, F. K., Paul, M. S. ve diğerleri. (2012). A Randomized, Clinical Trial of Education or Motivational-Interviewing–Based Coaching Compared to Usual Care to Improve Cancer Pain Management. *Oncology Nursing Forum*, 39 (1), 18-20.
28. Ögel, K. (2014). Motivasyonel Görüşme.  
**<http://www.ogelk.net/motivasyon.asp>**. Erişim Tarihi: 20.01.2014.
29. Bennett, J. A., Lyons, K. S., Winters-Stone, K., Nail, L. M., Scherer, J. (2009). Motivational Interviewing to Increase Physical Activity in Long-Term Cancer Survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 36 (4), 409-413.
30. Sjöling, M., Lundberg, K., Englund, E., Westman, A., Jong, C. M. (2011). Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC Research Notes*, 4, 352.  
**<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/352>**. Erişim Tarihi: 26.12.2014.
31. Ogedegbe, G., Schoenthaler, A., Richardson, T., Lewis, L., Belue, R. ve diğerleri. (2007). An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials*, 28, 169-181.
32. Acunas, G. V., Adalet, K., Aliksayan, V., Buğra, Z., Çakaloğlu, Y. ve diğerleri. (2003). Semptomdan Teşhise. 10. Baskı. Filiz Kitabevi. İstanbul.
33. British Heart Foundation. (2014). Blood Pressure.  
**<http://www.bhf.org.uk/heart-health/conditions/high-blood-pressure.aspx>**. Erişim Tarihi: 08.02.2014.

34. Chinook Health Region. (2006). Building Healthy Lifestyles Vascular Protection Hypertension Clinical Guide.  
**<http://www.chinookprimarycarenetwork.ab.ca/extranet/docs/guides/7.pdf>**.  
Erişim Tarihi: 24.02.2014.
35. Cecil Textbook of Medicine (2004). Goldman L., Ausiello, D. (ed). 22. Baskı. Cilt 2. Güneş Kitabevi. Ankara.
36. Messerli, F. H., Clinician's Manual: Treatment of Hypertension Third Edition. Springer Healthcare. **[www.springerhealthcare.com](http://www.springerhealthcare.com)**. Erişim Tarihi: 08.02.2014.
37. Davis, L. L. (2013). Using the Latest Evidence to Manage Hypertension. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9 (10), 621-628.
38. Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H. W. ve diğerleri. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and United States. *JAMA*, 289, 2363-2369.
39. Czernichow, S., Castetbon, K., Salanave, B., Vernay, M., Barry, Y. ve diğerleri. (2012). Determinants of blood pressure treatment and control in obese people: evidence from the general population. *J. Hypertension*, 30 (12), 2338- 2344.
40. METSAR. (2004). Türk erişkinlerde metabolik sendrom prevalansı. *TKD XX. Ulusal kongresi*, Antalya.
41. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2008). Türk hipertansiyon insidans çalışması (HinT). 2008.  
**<http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/insidans160608.pdf>**. Erişim Tarihi: 08.02.2014.
42. Staessen, J. A., Wang, J., Bianchi, G., Birkenhager, W. H. (2003). Essential hypertension. *Lancet*, 361 (9369): 1629-1641.
43. Giles, T. D. (2006). Assessment of global risk of foundation for a new better definition of hypertension. *J Clin Hypertens*, 8, 5-14.

44. Süleymanlar, G. (2000). Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşım Modern Tıp Seminerleri, Güneş Kitabevi Modern Tıp Seminerleri Dizisi: 6. Ankara.
45. Kaplan, N. M., Weber, M. A. (2003). Hipertansiyon Esasları, El Kitabı. Karpuz H. (ed). Avrupa Tıp Kitapçılık. İstanbul.
46. Alpert, S. J., Rippe, J. M. (2003). Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı. Öngen Z. (ed). I. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. Bilim Yayınları: 20. İstanbul.
47. Crawford, M. H., Dimarco, J. P. Cardiology. (2001). 1.Baskı 2.Cilt, Michael H Crawford, John P DiMarco, Bolum 3: Hipertansif Kalp Hastalığı, Mosby International limited. USA, 111-116.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/>. Erişim Tarihi: 23.01.2014.
49. Ministry of Health Malaysia. (2013). Health Technology Assessment Unit. Clinical Practice Guidelines Management of Hypertension (3rd Edition). February 2008. MOH/P/PAK/156.08 (GU). [www.moh.gov.my](http://www.moh.gov.my). Erişim Tarihi: 21.12.2013.
50. Parati, G., Stergiou, G. S., Asmar, R., Bilo, G., de Leeuw, P. ve diğerleri. (2010). European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens*, 24, 779-785.
51. Barçın, C. (2014). Yeni Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği hipertansiyon kılavuzu ile neler değişti?. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 42 (1), 1-6.
52. Mancia, G., Fagard, F., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A. ve diğerleri. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34, 2159-2219.
53. Türk Kardiyoloji Derneği. (2014). Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>. Erişim Tarihi: 08.02.2014.



54. Weiner, D. E., Tighiouart, H., Amin, M. G., Stark, P. C., MacLeod, B. ve diğeri. (2004). Chronic kidney disease as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality: A pooled analysis of community-based studies. *J Am Soc Nephrol*, 15, 1307-1315.
55. Pearse, K. A., Dasso, P. (2008). Cardiovascular Problems. Paulman PM, Paulman AA, Harrison JD. Taylor's Manual of Family Medicine, 3rd Ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Walter Kluwer business, 283-345.
56. Yüksel, H. (2005). Hipertansiyonda Tanı Yöntemleri. *Klinik Gelişim*, 18 (2), 8-14.
57. World Health Organization. (2014). What is raised blood pressure (hypertension)?. <http://www.who.int/features/qa/82/en/>. Erişim Tarihi: 23.02.2014.
58. Whitword, A. (2003). World Health Organization (WHO) /International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21 (11), 1983-1992.
59. Kjeldsen, S. E. (2003). European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension Guidelines Committee. *Journal of Hypertension*, 4(1), 1-54.
60. Oparil, S., Weber, M. A. (2006). Hipertansiyon. Çev: Yıldız A., Akkaya V. İstanbul Medikal Yayıncılık Çeviri Eserler Dizisi. 1. Baskı. Medikal Yayıncılık. İstanbul.
61. İlerigelen, B. (2005). Hipertansiyon Tedavisi. *Klinik Gelişim*, 18 (2), 33-41.
62. Huang, N., Duggan, K., Harman, J. (2008). Lifestyle management of hypertension. *Australian Prescriber*, 31 (6), 150-153.
63. The Canadian Hypertension Education Program. (2007). The 2007 Canadian Hypertension Education Program recommendations: The scientific summary – an annual update. *Can J Cardiol*, 23(7), 521-527.

64. Yıldırım, M., Akyol, A., Ersoy, G. (2012). Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite. Enerji dengesinin aktivite yönüne bir bakış. İkinci Basım. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. Ankara.
65. Khan, N. A., Hemmelgarn, B., Padwal, R., Larochelle, P., Mahon, J. L. ve diğerleri. (2007). The 2007 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. *Can J Cardiol*, 23, 539-550.
66. National Institutes of Health. Dietary Approaches to Stop Hypertension. (2006). NIH Publication No. 06-5834. December. [www.nhlbi.nih.gov](http://www.nhlbi.nih.gov). Erişim Tarihi: 08.04.2014.
67. National Heart, Lung and Blood Institute. (2003). Guide to Lowering Your Blood Pressure. National High Blood Pressure Education Program. NIH Publication No. 03-5232. May 2003. <http://www.nhlbi.nih.gov>. Erişim Tarihi: 08.04.2014.
68. National Heart Foundation of Australia. (2008). Guide to management of hypertension 2008. Assessing and managing raised blood pressure in adults. NHF, 2008. [http://www.heartfoundation.org.au/Professional\\_Information/Clinical\\_Practice/Hypertension.htm](http://www.heartfoundation.org.au/Professional_Information/Clinical_Practice/Hypertension.htm). Erişim Tarihi: 08.04.2014.
69. American College of Sports Medicine Position Stand. (2004). Exercise and Hypertension. *Med Sci Sports Exerc*, 36 (3), 533–552.
70. Waeber, B. (2001). Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patient *Blood Pressure*, 10 (2), 62-73.  
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/08037050152112041>. Erişim Tarihi: 23.02.2014.
71. Wilson, I. B. (2010). Improving Treatment Adherence. *John Hopkins Advanced Studies in Medicine*, 10 (2), 53-57.
72. Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
73. Schwarzer, R., Fuchs R. “Self–efficacy and Health Behaviours, To appear in: Conner, M., & Norman, P. (1995). Predicting Health Behaviour: Research and

- Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press.  
<http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>. Erişim Tarihi:  
 03. 04. 2015.
74. Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
  75. Snyder, C. R., Lopez, S. (2002). Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press Us.
  76. Bandura, Albert (1997), Self-Efficacy: The Exercise of Control. 1st edition. Newyork: Worth Publishers.
  77. Schunk, D. H. (2011). Learning theories: An educational perspective. 6 Edition. Boston: Pearson Education, Inc.
  78. Bandura, A. (2004). Swimming Against the Mainstream: The Early Years from Chilly Tributary to Transformative Mainstream. *Behavior Research and Therapy*, 42, 613-630.
  79. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
  80. Haidt, J., Robin, J. (1999). Control and efficacy as interdisciplinary bridges. *Review of General Psychology*, 3, 317-337.
  81. Yıldırım, F., İlhan, İ. Ö. (2010). Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (4), 301-308.
  82. Pajares, F. (1996). Self-efficacy Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research*, 66 (4), 543-578.
  83. Kauchak, P. D., Eggen, P. D. (1998). Learning and teaching: Researched-Based methods. 6 Edition. Boston: Allyn & Bacon.
  84. Korkmaz, İ. (2002). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. Ankara: Pegem Yayıncılık.
  85. Prochaska, J. O., Redding, C. A., Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change, (Edited By: Karen Glanz, Barbara K. Rimer ve Kasisomayajula Viswanath). Health Behavior and Health Education Theory,

- Research, and Practice. (4.th Edition), San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint 97-121.
86. Miller, W. R., Rollnick, S. (2002) What is Motivational Interviewing? Motivational Interviewing, Second Edition, New York: The Guilford Press.
  87. Blissmer, B., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Redding, C. A. Rossi, J. S. ve diğeri. (2010). Common factors predicting long-term changes in multiple health behaviors. *J Health Psychol*, 15(2), 205-214.
  88. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 276-88.
  89. Miller W. R., Rollnick, S. (2009). Motivasyonel Görüşme. Karadağ, F., Ögel, K., Özcan, A. E. (Ed.). HYB Basım Yayın. Ankara.
  90. Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Christensen B. (2005). "Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-analysis", *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
  91. Arkowitz, H., William, M. R. (2008). "Learning, Applying and Extending Motivational Interviewing", *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*, Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller, Stephen Rollnick (Eds.), New York: The Guilford Press.
  92. Ögel, K. (2009). Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Turkiye Klinikleri*, 2 (2), 41-44.
  93. Jackman, K. (2012). Motivational Interviewing with adolescents: an advanced practice nursing intervention for psychiatric settings. *journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 25, 4-8.
  94. Ögel, K. (2014). Psikososyal Tedaviler. Bölüm 3, 213-227. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/psikososyal.pdf>. Erişim Tarihi: 26.02.2014.
  95. Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., Beitz, K. (2007). Motivational Interviewing. *AJN*, 107 (10), 50-58.

96. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2013). Motivational Interviewing. <http://www.samhsa.gov/>. Erişim Tarihi: 16.12.2014.
97. Hettema, J., Steele, J., Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, (1) 1, 91-111.
98. Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L. ve diğerleri. (2006). Motivational interviewing to improve treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study, *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301-312.
99. The General Board of Pension and Health Benefits. Stages of Change. <http://www.gbophb.org/center-for-health/resources/stages-of-change/>. Erişim Tarihi: 08.04.2015.
100. Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *Am J Health Promotion*, 12 (1), 38-48.
101. Patten, S., Vollman, A., Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11, 57-66.
102. Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A. ve diğerleri. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40, 174-195.
103. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: W. Morrow.
104. Cancer Prevention Research Center. (2012). Transtheoretical Model. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. Erişim: 04.04.2015.
105. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). Hypertension. Clinical management of primary hypertension in adults. NICE clinical guideline 127. [www.nice.org.uk/guidance/CG127](http://www.nice.org.uk/guidance/CG127). Erişim Tarihi: 21.03.2014.

106. Turkish Society of Cardiology. (2007). Nursing Care Guidelines in Heart Failure Acute Coronary Syndromes Hypertension.  
[http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/calisma-gruplari/kardiyovaskuler-hemsirelik/tkd\\_nursingguidelines\\_percutaneous.pdf](http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/calisma-gruplari/kardiyovaskuler-hemsirelik/tkd_nursingguidelines_percutaneous.pdf). Erişim Tarihi: 08.02.2014.
107. Battegay, E. J., Lip, G. Y. H., Bakris, G. L. (2009). Hypertension Principles and Practice. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1. Baskı, Çeviren: Kozan Ö. (Ed), Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. İstanbul.
108. Lahdenpera, T. S., Kyngas, H. A. (2001). Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 189-195.
109. Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting *Journal of Clinical Nursing*, 692-705.
110. Rudd, P., Miller, N. H., Kaufman, J., Kraemer, H. C., Bandura A. (2004). Nurse management for hypertension. *American Journal of Hypertension*, 17(10), 921-927.
111. Blomqvist, M., Berglund, B., Sonde, L. (2000). Nurse-led Blood Pressure Treatment in Primary Health Care: An Intervention Study Comparing Two Regimens. *VÅRD I NORDEN 4/2006. PUBL*, 26 (4), 20-24.
112. Rudd, P., Houston Miller, N., Kaufman, J., Kraemer, H. C., Bandura, A. ve diğerleri. (2004). Nurse management for hypertension. *American Journal of Hypertension*, 17, 921-927.
113. Woodward, A., Wallymahmed, M., Wilding, J., Gill, G. (2005). Improved glycaemic control-an unintended benefit of a nurse-led cardiovascular risk reduction clinic. *Diabetic Medicine*, 22, 1272-1274.
114. Drevenhorn, E., Kjellgren, I. K., Bengtson, A. (2005). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (7b), 144-151.

115. Tekir, Ö. (2005). Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
116. Warren-Findlow, J., Seymour, R. B., Brunner Huber, L. R. (2012). The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health*, 37, 15-24.
117. Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 61-67.
118. Craig, A., Bartrop, R., Lal, S., Henderson, R., Hart, M., Hunyor, S. (2001). Optimizing blood pressure reduction: Predicting success in the home environment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8, 33-40.
119. Jeon, H. O. (2008). Influencing Factors on Self-care in the Elderly with Essential Hypertension. *J Korean Acad Community Health Nurs*, 19(1), 66-75.
120. Rapley, P., Dona, M., Fruin, J. (1999). Self-Efficacy In Chronic İllness: The Juxtaposition Of General And Regimen-Specific Efficacy. *International Journal Of Nursing Practice*, 5(4):209.
121. Britt, E., Hudson, S. M., Blampied, N. M.(2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*, 53, 147–155.
122. Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemc outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 637–644.
123. Nes, V. M., Sawatzky, V. A. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 654-660.
124. Noordman, J., Van der Lee, I., Nielen, M., Vlek, H., Van der Weijden, T., Van Dulmen, S. (2012). Do Trained Practice Nurses Apply Motivational

- Interviewing Techniques in Primary Care Consultations?. *J Clin Med Res*, 4(6), 393-340.
125. Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Niessen, L., Elwyn, G., Grol, R. (2009). Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations, *BMC Health Services Research*, 9 (19), 1-12.
126. Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. (2010). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.
127. Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., Dudley, W., Baranowski, T. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: Results of eat for life trial. *J Public Health*, 91 (10), 1686-1693.
128. Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M. (2008). A randomized controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet, and CHD risk factors. *Patient Education and Counselling*, 70, 31–39.
129. Kılıç, D., Türkoğlu, N., Adıbelli, D., Çevik Akyıl, R., Bilgin, S., Yalçınöz Baysal, H. (2012). Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. HASUDER, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2-6 Ekim 2012. Bursa.
130. Hacıhasanoğlu, R. (2007). Birinci Basamakta Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim ve Evde İzlemin İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. T. C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum.
131. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). “Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği”, *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 2, 21-34.



132. Pehlivan, Z. (2013). Beden Eğitimi Öğretmen Adaylarının Değerlendirme Tercihlerinin Genel Öz Yeterlilikleriyle İlişkisi. 8. Ulusal Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Kongresi, 25-27 Nisan 2013, Mersin.
133. Pro-Change. (2006). A Guide for Managing High Blood Pressure. Pro-Change Behavior Systems, Inc.
134. Meybodia, F. A., Pourshrifia, H., Dastbaravardeb, A., Rostamia, R., Saeedi, Z. (2011). The effectiveness of motivational interview on weight reduction and self-efficacy in Iranian overweight and obese women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1395 -1398.
135. Warzieski, M., Sereika, S., Styn, M., Music, E., Burke, L. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: The impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 81-92.
136. Linden, A., Butterworth, S. W., Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Evaluation in Clinical Practice*, 16, 166–174.
137. Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 520-524.
138. Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E, Webber, L. S. (2009). Barriers to and Determinants of Medication Adherence in Hypertension Management: Perspective of the Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults. *Med Clinics of North America*, 93 (3): 753–769.
139. Schoenthaler, A., Ogedegbe, G., Allegrante, J. P. (2009). Self-Efficacy Mediates the Relationship Between Depressive Symptoms and Medication Adherence Among Hypertensive African Americans. *Health Education & Behavior*, 36 (1), 127-137.
140. Kressin, N. R., Wang, F., Long, J., Bokhour, B. G., Orner, M. B. ve diğerleri. (2007). Hypertensive patients' race, health beliefs, process of care, and medication adherence. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 768–774.

141. Lee, J. E., Han, H. R., Song, H., Kim, J., Kim, K. B. ve diğeri. (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 411–417.
142. Ho, P. M., Bryson, C. L., Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119, 3028-3035.
143. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO publications 2003. Geneva, Switzerland.  
**[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)**.  
Erişim Tarihi: 09.04.2014.
144. MacGregor, G. A., Kaplan, M. N. (2001). Çev: Uslan İ. Hipertansiyon, 2. Baskı. Health Press.
145. Krueger, K. P., Berger, B. A., Felkey, B. (2005). Medication Adherence and Persistence: A Comprehensive Review. *Advances in Therapy*, 22(4), 313-357.
146. Lee, J. K., Grace, K. A., Taylor, A. J. (2006). Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*, 296 (21), 2563-2571.
147. Youssef, R. M. (2002). Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. *East Mediterr Health J*, 8 (4-5), 1-14.
148. Hassan, N. B., Hasanah, C. I., Foong, K. (2006). Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *Journal of Human Hypertension*, 20, 23-29.
149. Charalabopoulos, K., Charalabopoulos, A., Papalimneou, V. (2005). Consequences of the discontinuation of antihypertensive treatment in successfully treated patients. *International Journal of Clinical Practice*, 59 (6), 704-708.
150. Hernandez-Ronquillo, L., Tellez-Zenteno, J. F., Garduno-Espinosa, J., González-Acevez, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex*, 45, 191-197.

151. Wai, C. T., Wong, M.L., Ng, S., Cheok, A., Tan, M. H. ve diğeri. (2005). Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther*, 21, 1255-1262.
152. Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J., Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically complied dosing histories. *BMJ*, 17, 336 (7653), 1114-117.
153. Akgöl, C. (2008). Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
154. Vivian, E. M. (2002). Improving Blood Pressure Control in a Pharmacist-Managed Hypertension Clinic. *Pharmacotherapy*, 22 (12), 1533-1540.
155. Mert, H., Özçakar, N., Kuruoğlu, E. (2011). Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 15 (1), 7-12.
156. Hashmi, S. K., Afridi, M. B., Abbas, K., Sajwani, R. A., Saleheen, D. ve diğeri. (2007). Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. *PLoS ONE*, 2(3), 1-8.
157. Riekert K. A., Borrelli B, Bilderback A., Rand C.S. (2011). The Development of a Motivational Interviewing Intervention to Promote Medication Adherence among Inner-City, African-American Adolescents with Asthma. *Patient Educ Couns*, 82(1), 117–122.
158. Lavoie K., Moullec G., Lemiere C., Blais L., Labrecque M. ve diğeri. (2014). Efficacy of brief motivational interviewing to improve adherence to inhaled corticosteroids among adult asthmatics: results from a randomized controlled pilot feasibility trial. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1555–1569.
159. Ogedegbe, G., Chaplin, W., Schoenthaler, A., Statman, D., Berger, D. ve diğeri. (2008). A Practice-Based Trial of Motivational Interviewing and Adherence in Hypertensive African Americans. *American Journal of Hypertension*, 21 (10), 1137-1143.

160. Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education and Counseling*, 231–237.
161. Boutin-Foster, C., Scott E., Rodriguez, A., Ramos, R., Kanna, B. ve diğerleri. (2013). The Trial Using Motivational Interviewing and Positive Affect and Self-Affirmation in African-Americans with Hypertension (TRIUMPH):From theory to clinical trial implementation. *Contemporary Clinical Trials*,35: 8-14.
162. Oskay, E. M., Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A. (2010). İzmir’de bir sağlık ocağında başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11 (1), 3-9.
163. Yabul, C. (2011). Konya İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık. T.C. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Konya.
164. Ataman, A. (2007). Erzurum İli İspir İlçesindeki Hipertansiyon Hastalarının Beslenme Alışkanlıkları Temel Alınarak Yaşam Tarzı Faktörlerinin Belirlenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
165. Navidian, A., Abedi, M. R., Baghban, I., Fatehizadeh, M., Poursharifi, H. (2010). The effect of motivational interview on Lifestyle Modifications of Clients Suffering from hypertension. *Kowsar Medical Journal*, 15 (2), 115-121.

## EKLER

### Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı

 **T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 102 24 Ocak 2014

**ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**Toplantı Tarihi** : 22.01.2014 ÇARŞAMBA  
**Toplantı No** : 2014/02  
**Proje No** : GO 13/ 551 (Değerlendirme Tarihi 08.11.2013)  
**Karar No** : GO 13/ 551 - 04

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof.Dr.Oya Nuran EMİROĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu Öğr Gör Funda ÖZPULAT ile birlikte çalışacakları GO 13/551 kayıt numaralı ve "Motivasyonel Görüşmenin Hipertansiyon Hastalarının Özyeterlilik Algısına ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten Akarsu	(Başkan)	9. Prof. Dr. Melahat Görduysus	(Üye)
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken	(Üye)	10. Prof. Dr. Cansır Saçkesen	(Üye)
3. Prof. Dr. M. ...	(Üye)	11. Prof. Dr. R. Köksal Özgül	(Üye)
4. Prof. Dr. Sevda F. ...	(Üye)	12. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan	(Üye)
5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer	(Üye)	13. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan	(Üye)
6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay	(Üye)	14. Prof. Dr. Leyla Dinç	(Üye)
7. Prof. Dr. Songül Vairoğlu	(Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagol	(Üye)
8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal	(Üye)	16. Av. Meltem Onurlu	(Üye)

Ek 2. Halk Sağlığı Kurumu İzin Yazısı

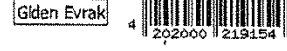


T.C. Sağlık Bakanlığı  
Konya Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

T.C.  
KONYA VALİLİğİ  
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

KONYA HALK SAğLIğI M¼D¼RL¼ę¼  
Tarih: 25.10.2013 **021915**  
Şube : TOPLUM SAğLIğI ŞUBESİ  
Birim : TOPLUM SAğLIğI ŞUBESİ

Sayı : 86104336-770  
Konu : Öğr. Gör.Funda Özpulatın Araştırma İzni



VALİLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yalagöz Sağlık Yüksekokulu'nda görevli Öğr. Gör. Funda ÖZPULAT "Motivasyonel Görüşmenin Hipertansiyon Hastalarının Özyeterlilik Algısına ve İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi" konulu araştırmayı Akşehir Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 1,2,3,4,5 ve 6 nolu aile sağlığı merkezlerinde yapmak istemektedir. Araştırmanın yapılabilmesi hususunda;

Olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR  
Halk Sağlığı M¼d¼r¼

OLUR  
25.10/2013 <  
Mehmet ONAL  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Ek 3. I.Anket Formu

**Adı-Soyadı :**

**Anket No:**

**A-BİREYİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

**1-Cinsiyetiniz:** 1( ) Kadın 2( ) Erkek

**2-Doğum yılınız:**.....

**3-Medeni Durumunuz:** 1.Bekar ( ) 2.Evli ( )

**4- Öğrenim Durumunuz:** 1.Okur yazar değil( ) 2.Okur yazar( ) 3.ilkokul( )  
4.Ortaokul( ) 5.Lise( ) 6.Üniversite( )

**5- Mesleğiniz:** 1( )Çalışmıyor 2( ) Memur 3( )Serbest Meslek 4( )İşçi 5( ).Diğer;.....

**6- Aile Tipi;** 1.( )Çekirdek Aile 2.( ) Geniş Aile 3.( ) Parçalanmış Aile

**7-Aylık düzenli gelir durumu:** 1.Gelirim var. ( ) 2.Gelirim yok. ( )

**8-Sosyal Güvenceniz;** 1( )Var 2( ) Yok

**B- BİREYİN SAĞLIK ÖYKÜSÜ**

**1) Boyunuz:** .....m .....cm

**2)Kilonuz:** .....kg

**3)BKİ:**.....

**4)Bel Çevresi:**.....

**5)Ailenizde yüksek tansiyonu olan kişi var ise işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek isaretleyebilirsiniz)**

1.( )Anne 2.( )Baba 3.( )Kardeş 4.( )Çocuk 5.( )Eş 6.( )Diğer(.....)  
7.Bilmiyorum

**6)Ailenizde yüksek kolesterol hastalığı olan kişi var ise işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek isaretleyebilirsiniz)**

1.( )Anne 2.( )Baba 3.( )Kardeş 4.( )Çocuk 5.( )Eş 6.( )Diğer(.....)  
7.Bilmiyorum

**7)Ailenizde kalp hastalığı olan kişi var ise işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek isaretleyebilirsiniz)**

1.( )Anne 2.( )Baba 3.( )Kardeş 4.( )Çocuk 5.( )Eş 6.( )Diğer(.....)  
7.Bilmiyorum

**8)Ailenizde şeker hastalığı olan kişi var ise işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek isaretleyebilirsiniz)**

- 1.( )Anne 2.( )Baba 3.( )Kardeş 4.( )Çocuk 5.( )Eş 6.( )Diğer(.....)  
7. ( )Bilmiyorum

**9) Yüksek tansiyon dışında uzun bir süredir devam eden (kronik) hastalığınız var mı?**

- 1.( )Evet 2.( )Hayır

**10)Var ise hangi hastalıklar? (Birden fazla seçenek isaretleyebilirsiniz)**

- 1.( ) Şeker Hastalığı 2.( )Kalp hastalığı 3.( )Böbrek hastalığı 4.( )Eklem hastalığı  
5.( )Felç-inme 6-Diğer(.....)

**11) Bu hastalığınız nedeniyle ilaç kullanıyor musunuz?**

- 1.( ) Evet, düzenli olarak  
2.( ) Evet, düzensiz olarak  
3.( ) Bazen, kendimi kötü hissettikçe  
4.( ) Hayır (kullanmıyorum)

**12)Kaç yıldır yüksek tansiyonunuz var? (yüksek tansiyon tanısı aldığımız tarih);.....**

**13)Yüksek tansiyon için neler önerildi?**

- 1.( )İlaç 2.( )Diyet 3.( )İlaç-Diyet 4.( )Diğer(.....)

**14) Yüksek tansiyon için kullandığımız ilaçların isimleri:**

(Araştırmacı tarafından doldurulacak)

- 1..... 2..... 3..... 4.....

**C- BİREYİN YAŞAM TARZINA İLŞKİN ÖZELLİKLERİ**

**1)Sigara içiyor musunuz?**

- 1.( ) İçiyor. ( ) Günde/ ( ) Haftada..... paket, .....süredir kullanıyorum  
2.( ) İçti bıraktı. ( ) Günde/ ( ) Haftada..... paket, .....kullandım.  
3.( ) Hiç içmedim

**2)Alkol kullanıyor musunuz?**

- 1.( ) Hiç kullanmadım  
2.( ) Kullanıyorum. ( ) Günde/ ( ) Haftada..... bardak .....süredir kullanıyorum  
3.( ) Önceden kullandım. ( ) Günde/ ( ) Haftada..... bardak .....süre kullandım



**3) Genellikle tuz kullanma alışkanlığınız nasıldır?**

1. ( ) Normal  
2. ( ) Çok tuzlu  
3. ( ) Az tuzlu  
4. ( ) Tuzsuz

**4) Hangi yiyecek türünü daha çok tüketiyorsunuz? (1, 2, 3 şeklinde numaralandırarak ilk 3 tercihinizi belirtiniz.)**

1. ( ) Kırmızı et ( kuzu-dana eti)  
2. ( ) Beyaz et ( balık, tavuk ve hindi eti )  
3. ( ) Bitkisel protein ( mercimek, kuru fasulye vb. )  
4. ( ) Karbonhidrat ( patates, pirinç, makarna vb. )  
5. ( ) Yağ ( kızartmalar )  
6. ( ) Sebze ve meyve

**5) Yüksek tansiyonunuz için özel bir diyet uyguluyor musunuz? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır**

**6) Düzenli olarak spor yapar mısınız? 1. ( ) Evet 2 ( ) Bazen 2. ( ) Hayır**

**7) Cevabınız evet ise; hangi sporu ne kadar sıklıkla yapıyorsunuz?**

SPOR ADI	SIKLIK(...kez/hafta)	SÜRE(... saat/gün)
Yavaş tempoda yürüyüş		
Hızlı tempoda yürüyüş		
Aerobik – Step		
Futbol		
Basketbol)		
Voleybol		
Tenis		
Yüzme		
Diğer (.....)		

## **D- BİREYİN TEDAVİ UYUMUNUNA İLİŞKİN ÖZELLİKLER**

**1) Yüksek tansiyonun ilaçla tedavisinde bugüne kadar hiç değişiklik yapıldı mı?**

1.( )Evet 2.( )Hayır

**2) Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni neydi?**

1.( )İlaç yan etki yaptı

2.( )İlaç tansiyonumu düşürmedi

3.( )İlaç pahalı idi

4.( )Doktorumun önerisi idi

5.( )İlaç yazdırmaya gittiğimde değiştirildi

6.( )Diğer(.....)

**3)Tansiyon ölçmeyi biliyor musunuz? 1.( )Evet 2.( )Hayır**

**4)Ne kadar sıklıkta tansiyon takibi yapıyor sunuz?**

1( )Her gün

2( )Haftada birkaç kez

3( )Ayda bir

4( )Yılda bir

5( )Kendimi rahatsız hissettiğim zaman

6.( )Diğer(.....)

**5) Tansiyon takibini çoğunlukla nerede yaptırıyorsunuz?**

1.( )Evde

2.( )Aile Sağlığı Merkezinde

3.( )Hastanede

4.( )Diğer(.....)

**6) Yüksek tansiyonunuz için ne sıklıkta kontrole gidirsiniz?**

1.( )Ayda bir

2.( )3 ayda bir

3.( )6 ayda bir

4.( )Yılda bir

5.( )Diğer(.....)

**7) Yüksek tansiyonuz için ilaç dışında başka bir yöntem yada uygulamaya başvuruyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1.( )Tuzsuz diyet yaparım
- 2.( )Kilo veririm
- 3.( )Egzersiz yaparım
- 4.( )Bitkisel ilaç kullanırım
- 5.( )Herhangi bir uygulama yapmıyorum
- 6.( )Diğer;.....

**8) Bitkisel ürün kullanıyorsanız hangi ilaç yada yöntemleri kullanıyorsunuz?**

- 1.( )Sarımsak
- 2.( )Limon
- 3.( )Diğer;.....

**9) İlaçlarınız tükendiğinde yeni ilaçlarınızı ne zaman alırsınız?**

- 1.( )Hemen alır/aldırırım
- 2.( )Bir süre bekler, sonra alır/aldırırım
- 3.( )Sürekli ihmal ederim
- 4.( )Diğer;.....

**10)İlaçlarınızın dozlarını nasıl alırsınız?**

- 1.( )Her zaman önerilen dozda alırım
- 2.( ) Dozu azaltarak alırım
- 3.( )Dozu arttırarak alırım
- 4.( )İlacın bitmesine yakın dozunu azaltırım.
- 5.( )Bazen dozu azaltır bazen arttırırım
- 6.( )Diğer;.....

**11)İlaçlarınızın broşürlerini/prospektüslerini okur musunuz?**

- 1.( )Evet
- 2.( ) Hayır
- 3.( )Bazen

## E-İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/UYUM ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

İnsanların doktorları tarafından yazılan ilaçları almasını zorlaştıran bazı durumlar ortaya çıkar. Böyle durumların bir listesi aşağıdadır. Biz sizin bu durumların her biri ile ilgili olarak tansiyon ilaçlarınızı almanız hakkındaki düşüncenizi bilmek isteriz. Lütfen kutuları kontrol ederek görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. **Doğru ve yanlış cevap yoktur.**

Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı **HER ZAMAN** alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu işaretleyiniz.

<b>TANSİYON İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ</b>				
	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim	
1.Evde meşgul olduğunuzda				
2. İşte olduğunuzda/günlük işlerinizle meşgul olduğunuzda				
3.Size hatırlatacak birisi olmadığında				
4.Bundan sonraki yaşamınızda ilaçları alma konusunda endişeye düştüğünüzde				
5.Yan etkileri fark ettiğinde				
6.Fiyatları çok yükseldiğinde				
7.İşten eve geç geldiğinde/günlük işleri geç bittiğinde				
8.Tansiyon yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde				
9.Ailenizle beraber olduğunuzda				
10.Topluma açık yerlerde bulunduğunuzda				
11.Bağımlılık yapabileceğinizden korktuğunuzda				
12.Cinsel gücü etkileyebileceğinden endişe ettiğinizde				
13.Öğünler arasında almanız gerektiğinde				
14.İhtiyacınız olmadığını hissettiğinizde				
15.Seyahatlerde				
16.Günde birden fazla almanız gerektiğinde				
17.Sizi bazen halsiz bitkin duruma düşürdüğünde				
18.Sizde baş dönmesine sebep olduğunda				
19.Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde				
20.Kendinizi iyi hissettiğinizde				
21.Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda				
<b>AŞAĞIDA SIRALANAN İŞLEMLERİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ</b>				
	Hiç Emin	Biraz Eminim	Çok Eminim	
22.İlaçlarınızı bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan				
23.Fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri yazdıracağınızdan				
24.İlaçları almayı yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan				
25.Tansiyon ilaçlarını almayı daima hatırlayacağınızdan				
26.Tansiyon ilaçlarınızı hayatınız boyunca alacağınızdan				

## F-ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölme işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

**Hiç**

**Çok İyi**

	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi artırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

## II. İLAÇ TEDAVİSİ UYUMUNU DEĞERLENDİRME FORMU

### A-İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM SAĞLAYAMAMA NEDENLERİ

İlaç tedavinize tam olarak uyum sağlayabilmeniz için uyum sağlayamama nedenlerinizi tam olarak tanımlamanız gerekir. İlaçlarınıza çevresel nedenlerden dolayı mı ilaçlarınız doğru ve düzenli kullanamıyorsunuz yoksa kullanmak mı istemiyorsunuz. Bunu anlayabilmeniz için aşağıda size uygun olan seçeneklerin başında yer alan kutucuklara işaret koyunuz ve işaret koyduğunuz seçenekler üzerinde düşününüz.

- Kızıp sinirlendiğimde
- Kendimi mutsuz hissettiğimde
- İlaç almamı hatırlatan kimse olmadığı için
- Tadı hoşuma gitmediği için
- İlaç kullanmayı sevmediğim için
- Vücuduma zararlı olduğunu düşündüğüm için
- Çok yoğun çalıştığım için
- Hatırlamamı kolaylaştıran şeyler olmadığı için
- Ailemin desteği olmadığı için
- Sosyal Desteğim olmadığı için
- Yan etkileri fazla olduğu için
- Yararı olmadığını düşündüğüm için
- Diğer

(Yazınız;.....)

## **B-İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM DAVRANIŞINI TANIMA**

İlaç tedavisine uyum sağlayabilmeniz için önce ilaç tedavinize uyum davranışlarınızı tanımanız gerekir. Aşağıda yer alan form ilaç tedavinize uyum davranışlarınızı tanımanıza yardımcı olacaktır. Bunun için, unuttuğunuz her ilaç yada zamanında almadığınız her ilaç için sayfanın altında yer alan açıklamalar doğrultusunda bu formu doldurunuz. Bilgileri doğru kaydedebilmeniz için formu sürekli yanınızda taşımanız tavsiye edilir.

<b>Tarih</b>	<b>Unuttuğum İlacın İsmi*</b>	<b>İlacı Almadan Geçirdiğim Süre**</b>	<b>İlacı Unutma Nedenim***</b>	<b>Kiminleydim*****</b>	<b>Nasıl Hissettim*****</b>	<b>Ne yaptım*****</b>
.../.../...						
.../.../...						
.../.../...						
.../.../...						
.../.../...						
.../.../...						

\* Unuttuğunuz ilacın ismini yazınız.

\*\* İlacı Almadan ne kadar süre geçirdiğinizi yazınız.

\*\*\*İlacı unutma nedeninizi açık bir ifadeyle yazınız.

\*\*\*\*İlacı almayı unuttuğunuzda yanınızda kim/kimler olduğunu yazınız

\*\*\*\*\* İlacınızı almayı unuttuğunuzda nasıl hissettiğinizi yazınız

\*\*\*\*\*İlacı almadığınızı fark ettiğinizde ne yaptığınızı yazınız.

## C-TANSİYON ÖLÇÜMÜ İZLEMİ

TARİH	Ölçüm Saati	Ölçüm Değeri
...../...../...		
...../...../...		
...../...../...		
...../...../.....		
...../...../...		
...../...../...		



### III. DEĞİŞİM DEĞERLENDİRME FORMU

#### A.DEĞİŞİMİN AŞAMASINI DEĞERLENDİRME FORMU

**Hastalığınızda dikkat etmeniz gereken noktaları göz önünde bulundurarak (düzenli egzersiz, diyetinize dikkat etme, stresten uzak durma, düzenli tansiyon değerlerinizin izlemi gibi) her zaman hipertansiyon ilaçlarınızı zamanında ve önerilen dozda kullandığınızı söyleyebildiniz mi?**

1-).....*Hayır, Hastalığıma ve kullandığım ilaçlara uyum sağlayamadım ve gelecek 6 ay içinde ilaçlarımı düzenli olarak önerilen dozda kullanma niyetinde değilim. (düşünme öncesi)*

2-).....*Hayır, ama gelecek 6 ay içinde düzenli ve önerilen dozda ilaçlarımı kullanmaya başlama niyetindeyim. (düşünme aşaması)*

3-)..... *Hayır, ama gelecek 30 gün içinde düzenli ve önerilen dozda ilaçlarımı kullanmaya başlama niyetindeyim. (hazırlık aşaması)*

4-).....*Evet, ilaçlarımı düzenli ve önerilen dozda kullanıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir uyguluyorum (harekete geçme aşaması)*

5-).....*Evet, 6 aydan daha uzun süredir ilaçlarımı düzenli ve önerilen dozda kullanıyorum (sürdürme aşaması)*

## **B.TEDAVİ UYUMU DEĞERLENDİRME FORMU**

- Sizin için İlaç tedavisine uyumun önem derecesini aşağıdaki cetvelde size uygun olan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I	
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Hiç	Çok
Önemli	Önemli
Değil	

- İlaç tedavisine uyumda kendinize güven derecenizi aşağıdaki cetvelde size uygun olan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I	
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Hiç	Çok
Hazır	Hazırım
Değilim	

## Ek 4.Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Hipertansiyonu olan ve antihipertansif ilaç kullanan bireylere yönelik bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “**Motivasyonel Görüşmenin Hipertansiyon Hastalarının Özyeterlilik Algısına ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi**”dir.

Sizin bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki, bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin temel nedeni, motivasyonel görüşme yolu ile kullandığınız antihipertansif (Tansiyon düşürücü) ilaç tedavinize uyumunuzu arttırmaktır. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ile ortak gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırma kapsamına 80 birey alınacaktır. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda, müdahale yada kontrol grubuna katılımınız basit rastgele yöntem kullanılarak tamamen rastlantısal olarak sağlanacaktır. Müdahale grubuna ev ziyareti düzenlenerek 3 haftalık aralarla 4 defa ve 1 ay sonra son ziyaret yapılarak 30-45 dakika sürecek bireysel motivasyonel görüşme uygulanacaktır. Eğer araştırmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu ve Öğr. Gör. Funda Özpulat tarafından araştırma süresince izlemeniz yapılacaktır.

### **(Katılımcının /Hastanın Beyanı)**

Sayın Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu ve Öğr. Gör. Funda Özpulat tarafından Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ile ortak araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerin sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda herhangi bir saatte, Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu’nu 05333205167 numaralı telefondan, Öğr. Gör. Funda Özpulat’ı 05057790070 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kopyasının bir kopyası bana verilecektir.

### **KATILIMCI:**

ADI, SOYADI:

TEL:

İMZA:

### **KATILIMCI İLE GÖRÜŞEN**

**KİŞİ:**

ADI, SOYADI: Öğr. Gör.FUNDA

ÖZPULAT

TEL:05057790070

ADRES:Selçuk Üniversitesi Akşehir

Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu

İMZA:

### **SORUMLU ARAŞTIRMACI:**

ADI, SOYADI: Prof. Dr. OYA NURAN

EMİROĞLU

TEL: 05333205167

ADRES: Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı

Hemşireliği Anabilim Dalı

İMZA:

## Ek 5. Motivasyonel Görüşme Ziyaret Planı

<b>Müdahaleyi Yapan Kişi</b>	Funda Özpulat/H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Öğrencisi
<b>Konu</b>	Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Özyeterlilik Algısına ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi
<b>Kime/Kimlere</b>	Hipertansiyonu bulunan 40 kişiye
<b>Müdahalenin Yapıldığı Yer</b>	Hipertansif bireylerin evleri
<b>Süre</b>	30-45 dakika
<b>Bireysel/Grup Müdahalesi</b>	Bireysel müdahale
<b>Bireylerin Özellikleri</b>	Bireylerde hipertansiyon mevcut, eşlik eden sağlık problemleri bulunabilir
<b>Genel Amaç</b>	Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmek
<b>1. ZİYARET</b>	
<b>Amaç</b>	Bireyde hipertansiyon tedavisi ve ilaç tedavisinin önemi konusunda bilişsel farkındalık yaratarak, ilaç tedavisine uyumunu sorgulamasını sağlamak
<b>Hedef Davranışlar</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ziyaret sonunda, bireyin hipertansiyon tedavi edilmezse oluşabilecek olumsuz sonuçlardan 3 tanesini sayabilmesi</li><li>2. Ziyaret sonunda, bireyin hipertansiyon tedavisinde yer alan yaşam tarzı değişikliklerinden 3 tanesini sayabilmesi</li><li>3. Ziyaret sonunda, bireyin hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaç gruplarından 3 tanesini sayabilmesi</li><li>4. Ziyaret sonunda, bireyin hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinden 3 tanesini söylemesi</li><li>5. Ziyaret sonunda, bireyin hipertansiyon ilaçlarını kullanırken dikkat etmesi gereken hususlardan 3 tanesini söylemesi</li><li>6. Bireyin, ziyaret esnasında uygulanan ilaç tedavisine ilişkin algıladığı yarar ve zararları tartışması</li><li>7. Ziyaret sonunda, ilaçların doğru ve düzenli kullanılarak, ilaç tedavisine uyumun önemli olduğunu ifade etmesi</li></ol>
<b>Öğretme Yöntem ve Teknikleri</b>	Anlatım, soru-cevap, tartışma
<b>Eğitim Araç- Gereçleri</b>	Tansiyon Ölçüm Cihazı, Eğitim kitapçığı, Broşür
<b>İşleniş</b>	Bireyi motive etmek için öncelikle TA ölçümü yapılacaktır. Tansiyonun normal sınırlar içinde bulunmasının önemi, hipertansiyon tedavisinde yer alması gereken yaşam tarzı değişiklikleri, hipertansiyon tedavi edilmezse oluşabilecek olumsuz sonuçlar hastaya buldurtulmaya çalışılacaktır. Hipertansiyonda kullanılan ilaç grupları, hipertansiyon ilaçlarını kullanırken dikkat etmesi gereken hususlar ve hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri hastaya buldurtulmaya

	<p>çalışılacaktır. ilaç tedavisine ilişkin algıladığı yarar ve zararları ifade etmesi istenecektir. İfade edeceği yararların gerçekten uygulanan ilaç tedavisinden kaynaklı olup olmadığı buldurulacak, hastanın ilaç tedavisi ile ilgili yarar-zarar ilişkisini tekrar gözden geçirmesi için bir sonraki ziyarete kadar ilaç tedavisine uyumsuzluk nedenleri ile ilgili verilen formu doldurması ve bu nedenler üzerinde düşünmesi istenecektir. Ayrıca ilaç tedavisine tam ve doğru olarak uyması durumunda neler kazanacağını bir kağıda yazması istenecektir. Hastanın ve birlikte yaşadığı kişilerin okuması için daha önce geliştirilen hipertansiyon ve ilaç tedavisine uyum konusunda hazırlanan broşür bırakılacak. Bir sonraki ziyaretin zamanı belirlenerek görüşme sonlandırılacaktır.</p>
<b>Değerlendirme</b>	<p>1.Hipertansiyon tedavi edilmezse oluşabilecek olumsuz sonuçlardan 3 tanesini söyler misiniz?</p> <p>2.Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinden 3 tanesini söyler misiniz?</p> <p>3.Hipertansiyon ilaçlarını kullanırken dikkat edilmesi gereken hususlardan 3 tanesini söyler misiniz?</p> <p>4.İlaç tedavisine uyum sağlamanızın önemli olduğunu düşünüyor musunuz? İlaçlarınızı doğru ve düzenli kullanmanızın sağlayacağı yararlar nelerdir?</p>
<b>2. ZİYARET</b>	
<b>Amaç</b>	Bireyin ilaç tedavisine uyum sağlamaya niyetlenmesini sağlama
<b>Hedef Davranışlar</b>	<p>1. Bireyin ilaç tedavisine uyum sağlamama nedenlerini ifade etmesi</p> <p>2. Geçmişte ilaç tedavisine uyum sağlamasını engelleyen faktörleri söylemesi</p> <p>3. Şu anda ilaç tedavisine uyum sağlamasını engelleyen faktörleri söylemesi</p> <p>4. İlaç tedavisine uyum sağlamasını engelleyen faktörleri tartışması</p> <p>5. İlaç tedavisine uyum sağlaması durumunda sağlığı üzerinde yaratacağı olumlu etkilerden 3 tanesini söylemesi</p> <p>6.Görüşme sonunda ilaç tedavisine uyum sağlayabileceğini ifade etmesi</p>
<b>Öğretme Yöntem ve Teknikleri</b>	Anlatma, soru-cevap, tartışma, buldurma
<b>Eğitim Araç-Gereçleri</b>	Tansiyon Ölçüm Cihazı, eğitim kitapçığı
<b>İşleniş</b>	<p>Hastayı motive edebilmek için tansiyonu ölçülecek ve hastayla birlikte değerlendirilecek, hastadan, 1. ziyarette verilen ev ödevindeki ilaç tedavisine uyumsuzluk nedenlerini açıklaması istenecektir. Bireyin uyumsuzluk durumunu görmesi sağlanacak, ayrıca yine 1. ziyarette verilen ev ödevindeki ‘ilaç tedavisine tam ve doğru olarak uyması durumunda neler kazanabileceği’ açıklattırılacak. Bu şekilde hastaya, ilaç tedavisine uyum sağladığı takdirde daha çok kazanımının olacağı gösterilmeye çalışılacaktır. Bireyin ilaç tedavisine uyum sağlaması durumunda sağlığının nasıl olumlu yönde etkilenebileceği ve bu durumda daha mutlu olabileceği buldurulacaktır. Bireyden bir günlük tutması istenecek. Günlüğe hipertansiyon hastalığı ve uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili düşüncelerini yazması istenecek, bir sonraki ziyaretin zamanı konuşularak görüşme sonlandırılacaktır.</p>
<b>Değerlendirme</b>	1.Sizce ilaç tedavisine uyum sağlamanıza engel olan en önemli faktör/faktörler nelerdir?

	<p>2.İlaç tedavisine uyum sağlamanız durumunda sizce sağlığınız nasıl etkilenir?</p> <p>3. Örnek verir misiniz?</p> <p>4.Sağlığınız için olumlu bir şey yaptığınızda kendinizi nasıl hissedersiniz?</p> <p>5.Şu anda sağlığınız ve hipertansiyon hastalığınız için yapmayı düşündüğünüz şeyler var mı? 3 tanesini söyler misiniz?</p>
<b>3. ZİYARET</b>	
<b>Amaç</b>	Bireyi ilaç tedavisine uyuma hazırlanmasını sağlama
<b>Hedef Davranışlar</b>	<p>1.Görüşme esnasında, ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştıran yöntemleri söylemesi</p> <p>2.Görüşme sonunda, kendisinin ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştıran en uygun yöntemlere karar vermesi</p> <p>3.Görüşme esnasında kendisinin ilaç tedavisine uyumuna yardımcı olabilecek sosyal destek kaynaklarını belirtmesi</p> <p>4.Görüşme esnasında kendisi için en uygun olan sosyal destek kaynağı/kaynaklarına karar vermesi</p> <p>5.Görüşme esnasında belirlediği sosyal destek kaynaklarından nasıl yararlanabileceğini söylemesi</p> <p>6.Görüşme esnasında, ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için alınabilecek önlemlerden 2 tanesini söylemesi</p> <p>7.İlaç tedavisinin yan etkilerinden etkilenmemesi için alınabilecek önlemlerden 2 tanesini söylemesi</p> <p>8.Görüşme sonunda, bireyin ilaçlarını doğru ve düzenli olarak kullanmaya başlayacağı günü bildirmesi</p>
<b>Öğretme Yöntem ve Teknikleri</b>	Anlatma, soru- cevap, gösterip yaptırma, buldurma
<b>Eğitim Araç-Gereçleri</b>	Tansiyon Ölçüm Cihazı, ilaç tedavisine uyum formu, kalem
<b>İşleniş</b>	Hastanın tansiyonu ölçülecek ve hastayla birlikte değerlendirilecek Motivasyon için hastanın ilaç tedavisine uyumu konusunda gösterdiği ilerleme geri bildirim olarak verilecektir. Hasta ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştıran yöntemlerden kendileri için uygun olan yöntemler konusunda bilgilendirilecektir. Hastanın bu yöntemleri değerlendirmesi ve kendisi için uygun olan yöntemlere karar vermesi sağlanacaktır. İlaç tedavisine uyum sürecinde kendilerine yardımcı olabilecek destek kaynaklarının ve bunlardan nasıl yararlanabileceklerinin belirlenmesi sağlanacaktır. Hastayla ilaç tedavisine uyum sürecinin başlayacağı güne karar verilecektir. Bir sonraki ziyaretin zamanı konuşularak görüşme sonlandırılacaktır.
<b>Değerlendirme</b>	<p>1.Hastaların ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştıran yöntemleri söyleyiniz?</p> <p>2.İlaç tedavisine uyum konusunda sizin için uygun olan yöntem/yöntemler hangileridir?</p> <p>3.İlaç tedavisine uyum sürecinde size yardım edebilecek en uygun olan sosyal destek kaynaklarını söyleyiniz?</p>

	4.İlaç tedavisinin yan etkileri için yapabileceklerinize 2 örnek veriniz?
<b>4. ZİYARET</b>	
<b>Amaç</b>	Hasta artık ilaç tedavisine uyum eylemini başlatmıştır. Bu ziyarette hasta desteklenecektir.
<b>Hedef Davranışlar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hastanın tansiyonu yükseldiğinde yaşayabileceği sorunlardan 3 tanesini söylemesi</li> <li>2. Hastanın bu durumda yapabileceklerine yönelik 3 örnek vermesi</li> <li>3. Hastanın ilaç tedavisine uymadığında yaşayabileceği sorunlardan 3 tanesini söylemesi</li> <li>4. Hastanın bu durumda yapabileceklerine yönelik 3 örnek vermesi</li> <li>5. Bir sonraki ziyarette ilaç tedavisine uyumunu sağladığını ifade etmesi</li> <li>6. ilaç tedavisine uyumunu sağladığının gözlenmesi</li> </ol>
<b>Öğretme Yöntem ve Teknikleri</b>	Anlatma, gösterip yaptırma, soru cevap, buldurma
<b>Eğitim Araç- Gereçleri</b>	Eğitim kitapçığı
<b>İşleniş</b>	Hasta artık ilaç tedavisine uyum eylemini başlatmıştır. Bu ziyarette hasta desteklenecektir. Hastanın tansiyonu ölçülecek ve hastayla birlikte değerlendirilecektir. Hipertansiyon tedavisi içinde yer alan yaşam biçimi değişiklikleri tekrar edilecek, ilaç tedavisi ile birlikte bu yaşam biçimi değişikliklerinin birlikte uygulanmasının önemi vurgulanacaktır. Arkasından stresle baş etme egzersizleri uygulamalı olarak gösterilecek ve hastanın bu egzersizleri yapması istenecektir. Ayrıca bu ziyarette daha önce belirlediği sosyal destek kaynaklarını daha etkin kullanması istenecektir. Zorlandığı durumlarda araştırmacıdan telefonla destek alabileceği belirtilecektir. Hastadan ilaçlarını doğru ve düzenli kullandığı her hafta için kendisine bir ödül vermesi istenecek. İlaç tedavisi doğru ve düzeli biçimde sürdürdüğü için kazandığını düşündüğü şeyleri ve duygularını yazması istenecektir. Bir sonraki izlem ziyaretinin günü belirlenerek görüşme sonlandırılacaktır.
<b>Değerlendirme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.İlaçlarınızı doğru ve düzenli kullandığınız için sağlığınızda ne tür yararlar sağlayabilirsiniz. 3 örnek verir misiniz?</li> <li>2. İlaçlarınızı doğru ve düzenli kullanmanız yanında hipertansiyon tedavisi içinde yer alan yaşam biçimi değişikliklerini uyguladığınızda sağlığınıza ne tür yararlar sağlayabilirsiniz. 3 örnek verir misiniz?</li> </ol>
<b>İZLEM ZİYARETİ</b>	
<b>5. ZİYARET</b>	Hastanın tansiyonu ölçülecek, ilaç tedavisine uyum durumu değerlendirilecektir. İlaç tedavisine uyum sürdürme durumu değerlendirilecek. İlaç tedavisine uyumu sürdüremeyen hastalar için nedenleri tartışılacak ve hastaların başarısız olduğu noktalar üzerinden hareket edilerek ilaç tedavisine uyum tekrar denemeleri yönünde motive edilecektir.

# *YÜKSEK KAN BASINCI YÖNETİMİ*





## Hipertansiyon Nedir?

Kan kalpten vücudun tüm bölgelerine kan damarları ile taşınır. Her kalp atımında damarlar içine kan pompalanır. Kanın damar içinde akarken arterlerin (atardamar) çeperlerine yaptığı basınç “**tansiyon**” olarak tanımlanır ve **milimetre civa olarak (mmHg)** ölçülür. Kalbin kasılarak kanı atardamarlara gönderdiği anda saptanan kan basıncına “**Sistolik (büyük tansiyon)**” kalbin gevşediği andaki damarlarda saptanan basınca da “**Diyastolik (küçük tansiyon)**” adı verilir. Genellikle önce büyük, sonra küçük tansiyon söylenir.



Kan basıncı iki sayı olarak yazılır. Örneğin kan basıncınız 120/80mmHg (mmHg tansiyon ölçmek için kullanılan birimdir) olarak ölçülebilir. İlk sayı sistolik basınç ve ikinci sayı diyastolik basınçtır.

Arteriyel kan basıncının normal sayılan sınırların üstüne çıkmasına “**hipertansiyon**” denilmektedir. Hipertansiyonun, inme, koroner kalp hastalığı gibi major komplikasyon risklerinde artışı beraberinde getiren kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanması da mümkündür. Normalde yetişkin bir bireyde 120/80 mmHg tansiyon değeri normal kabul edilmektedir. Sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması ise hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır.



Yüksek kan basıncının, yani diğer bir ifade ile hipertansiyon tedavi edilemeyen, ancak kontrol altında tutulabilen bir durumdur. Çoğu insan için hedef kan basıncı 140/90 mmHg altı değerler kabul edilir. Eğer diyabet (şeker hastalığı) veya kronik böbrek hastalığı varsa, hedef kan basıncı 130/80mmHg'den daha azdır.

Kan basıncı değerleri her an değişiklik gösterir. Normal olarak tüm gün boyunca yükselir ve düşer, ama uzun süre yüksek kalırsa sağlık sorunlarına neden olabilir. Kan basıncı değerleri yükseldikçe oluşturabileceği sağlık riskleride büyür. Vücut pozisyonu, duygusal durum, fiziksel aktivite ve uyku kan basıncını etkileyebilir. Örneğin uyurken kan basıncı değeri düşer, uyanık olduğumuz zamanlarda ise yükselir. Eğer yüksek tansiyonunuz varsa, bazı durumlarda yaşam tarzını değiştirmek kan basıncını düşürmek için yeterli olabilir. Diğer durumlarda ise, bir ya da daha fazla ilaç almak gerekebilir.

Hipertansiyonun görölme sıklığının artmasına, nüfus artışı ve yaşlanmanın yanı sıra, sağlıksız beslenme, alkol ve zararlı madde kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, aşırı kilo, sürekli strese maruz kalma gibi davranışsal risk faktörleri katkıda bulunmaktadır. Hipertansiyon ile sigara kullanımı, obezite, yüksek kolesterol ve diyabet gibi risk faktörlerinin birleşmesi ise, kalp krizi, inme ve böbrek yetmezliği gibi sağlık sorunlarının görölme sıklıklarının artmasına neden olmaktadır.

### **Yüksek Kan Basıncı Sık Karşılaşılan Bir Sorun mudur?**

Hipertansiyon, dünya çapında bir milyar insanı etkilemektedir ve dünyada üç yetişkinden birisi hipertansiyon hastasıdır. Bu oran yaşla birlikte artmakta, 20'li ve 30'lu yaşlarda 10 kişiden birinde, 50'li yaşlarda 10 kişiden beşinde hipertansiyon görölmektedir. Araştırmacılar yüksek kan basıncının her yıl dokuz milyon kişinin ölümüne neden olduğunu tahmin etmektedir. Tüm ölümlerin %16,5'inde yüksek kan basıncının etkisi bulunmaktadır. Yüksek kan basıncı nedeniyle tedavi alan birey sayısı 20 yıl önce %20'den daha az iken, günümüzde bu oran %75, hatta %90'lara yükselmiştir. Ancak, yüksek kan basıncına sahip bireylerin sadece %50 ile %60'ının kan basıncı kontrollü bir şekilde 140/90 altındaki değerlerde tutulabilmektedir.

Hipertansiyonun Ülkemizdeki Yaygınlığına bakıldığında ise; Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nın verilerine göre, 2003 yılı itibariyle ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görölme sıklığı % 31,8'dir. Bu oranın kadınlarda % 36,1, erkeklerde ise % 27,5 26 olduğu dikkat çekmektedir. Hipertansiyon sıklığı, yaşla birlikte artış göstermekte ve 40-79 yaş arasındaki her yaş grubundaki kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görölmektedir.

## Yüksek Kan Basıncının Nedenleri Nelerdir?

Yüksek kan basıncının çeşitli nedenleri vardır. Arterlerin normal kan akışını sağlayamayacak biçimde daralması veya kalp hızının olması gerektiğinden hızlı yada daha kuvvetli atmasıda yüksek kan basıncına neden olabilmektedir. Yüksek kan basıncının çoğu zaman nedeni bilinmemekte, tedavi edilememesine rağmen, çoğu kişide önlenebilmekte yada kontrol altında tutulabilmektedir.

Yüksek kan basıncının gelişimi için yaş, etnik köken, ailenin hipertansiyon öyküsü, genetik faktörler, düşük eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durum, şişmanlık, sigara kullanımı, psikososyal stres, uyku apnesi, kronik böbrek hastalığı ve beslenme durumu ile ilgili faktörler (kullanılan yağ ve miktarı, yüksek sodyum alımı, düşük potasyum alımı, aşırı alkol tüketimi ) dahil olmak üzere yüksek kan basıncının gelişiminde çok sayıda risk faktörünün etkili olduğu bilinmektedir. Yüksek kan basıncına yol açan yaş, aile öyküsü ve ırk gibi bazı risk faktörleri kontrol edilememekte, fakat fiziksel aktivite düzeyi, beslenme durumu, alkol kullanımı gibi risk faktörlerinin kontrolü sağlanabilmektedir.



Erkeklerde yüksek kan basıncı gelişme olasılığı kadınlara göre daha fazladır. Ayrıca, erkeklerde 30 yaş üstünde, kadınlarda 40 yaş üstünde yaşla birlikte yüksek kan basıncı gelişme olasılığı artmaktadır. Uzmanlar sistolik kan basıncı değerinin özellikle 50 yaşından sonra çok önemli olduğunu ve izlenmesi gerektiğini belirtmektedirler.

## Niçin Kan Basıncının Yükselmesi Tehlikelidir?

*Aşağıdaki liste yüksek kan basıncı için risk altında olup olmadığını belirlemenize yardımcı olabilir. Sizin için geçerli ifadelerin yanına işaret koyunuz:*

50 yaşından büyüğüm

Kilo fazlalığım var

Ailemde (anne, baba veya diğer) yüksek kan basıncı olan insanlar var

Sigara kullanıyorum

Diyabetim (Şeker hastalığım) var

Böbrek hastalığım var

Sık alkol tüketiyorum

*Ne kadar fazla işaret koyduysanız, şimdi yada gelecekte o kadar yüksek olasılıkla hipertansiyon bulunma olasılığına sahipsiniz anlamına gelmektedir. Yüksek kan basıncını önlemek ya da kontrol altına almak için atılması gereken adımlar hakkında sağlık profesyonellerinden bilgi alabilirsiniz.*

Sürekli yüksek tansiyon kan damarlarına zarar verebilmekte, bu da beynin beslenmemesine ya da damarların yırtılmasına neden olabilmekte, sonuçta felç gelişebilmektedir. Kalbe zarar verip kalp hastalıklarına hatta kalp krizine, böbrek damarlarına zarar vererek böbrek sorunlarına yol açabilmektedir. Bu da yorgunluk, ayak bileklerinde şişlik ve ciltte kaşıntı gibi belirtilere neden olabilmektedir. Ayrıca yüksek kan basıncı körlük ve bilinç bozukluklarına yol açabilmekte, kan damarlarında değişikliklere yol açarak penise kan dolmasını önleyebilmekte veya ereksiyonun yeterli düzeyde sağlanamamasına neden olabilmektedir.

## **Yüksek Kan Basıncında Belirtiler Nelerdir?**

Yüksek kan basıncı nadiren insanları hasta hissettirmektedir. Sıklıkla tanı konulmadığı ve genellikle belirti vermediği için “sessiz tehdit” olarak adlandırılmaktadır. Kan basıncı çok yüksek ise nadiren insanlarda baş ağrısı oluşturabilmektedir. Bu nedenle kan basıncının düzenli olarak takip edilmesi önemlidir. Tansiyonunuzun çok yükselmesi halinde görülen diğer belirtiler arasında baş dönmesi, nefes darlığı, çift veya bulanık görme, burun kanamaları ve düzensiz kalp atışları sayılabilir.

## **Yüksek Kan Basıncı Nasıl Önlenebilir ve Tedavi Edilebilir mi?**

Yüksek kan basıncının bulunması, önemli yaşam tarzı değişikliklerine acilen ihtiyaç duyulduğuna yönelik ciddi bir uyarı işaretidir. İnsanların yüksek kan basıncının neden tehlikeli olduğunu, kontrolünü sağlamak için hangi adımların atılması gerektiğini ve diyabet gibi çoğunlukla yüksek tansiyon ile birlikte görülen risk faktörlerinin neler olduğunu bilmesi gerekmektedir.

### **Aşağıdaki adımları takip etmek yüksek kan basıncı kontrolüne yardımcı olur:**

- ♥ ♥ Sağlıklı kilonuzu koruyun.
- ♥ ♥ Haftanın çoğu gününde orta düzeyde fiziksel aktivite yapın.
- ♥ ♥ Düşük sodyumlu gıdalar ile sağlıklı bir beslenme planı uygulayın.
- ♥ ♥ Alkol kullanıyorsanız, aşırıya kaçmadan tüketin.
- ♥ ♥ Yüksek tansiyon ilaçlarınızı düzenli ve doğru kullanın.

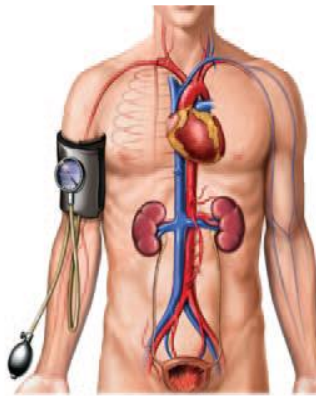
## Hipertansiyonun Tedavisi Nasıldır?

Hipertansiyon nadiren erken dönemlerinde belirtilere neden olur ve birçok kişide tanı konulamaz. Günümüzde hipertansiyona yönelik uygun yaşam biçimi ve tedavi olanaklarının bilinmesine karşın, kontrolü istenen düzeyde değildir. Tedavi edilenlerin %55.9'unun kan basıncı değerleri kontrol altına alınamamaktadır. Eğer hipertansiyon erken dönemde teşhis edilebilir ve hipertansiyonun yönetimi sağlanabilirse hipertansiyon nedeniyle oluşabilecek pek çok ölüm önlenmiş olacaktır.



*“Yüksek tansiyonda ilaç almak gerekiyorsa, yaşam boyu ilaçlarınızı düzenli kullanarak kan basıncınızı kontrol altında tutmanız gerekecektir. Eğer ilaçlarınızı almayı keserseniz, kan basıncınız tekrar yükselecektir. Kan basıncı düşük tutarak, kan damarlarınızı ve kalbinizi hasar ve hastalıklardan korumuş olacaksınız.*

Antihipertansif tedavinin (Yüksek kan basıncını düşürmek için uygulanan tedavi) felç oluşma riskini ortalama yüzde 35-40, kalp krizi gelişme riskini yüzde 20-25 ve kalp yetmezliği gelişme riskini yüzde 50'den fazla etkilediği yapılan klinik çalışmalarla ortaya konmuştur.



Kan basıncını düşürmek için sadece ilaçların alınması yeterli olmamakta, kalp sağlığını korumak için sağlıklı bir yaşam tarzının sürdürülmesi gerekmektedir. İlaçlar birkaç hafta kullanınca kan basıncı düşebilir. Ancak, sigara içmeye devam edilirse ya da yeterince egzersiz yapılmazsa, kalp sağlığı ile ilgili sağlık riskleri devam edecektir.

## **Hipertansiyon Tedavisinin Amaçları Nelerdir?**

\_ Hipertansif hastalarda tedavinin birincil hedefi, tüm kardiyovasküler hastalık risklerini uzun dönemde azaltmaktır.

\_Yükselmiş kan basıncının tedavisi yanı sıra, ilgili diğer risk faktörlerinin tedavisi gerekmektedir.

\_Hipertansiyon hastaları tolere edebiliyor ise kan basıncının 140 / 90 mmHg ( sistolik / diyastolik ) altına düşürülmesi gerekir.

\_ Diyabetik yada yüksek riskli hastalarda ( felç, kalp krizi, böbrek fonksiyon bozukluğu, idrarda protein görülmesi gibi) kan basıncı 130/80mmHg altına düşürülmelidir.

\_ Birden fazla ilaç birlikte kullanılmasına rağmen kan basıncı değeri düşürülemeyebilir. Özellikle yaşlı ve diyabetik hastalarda, kalp-damar hasarı olan bireylerde bu tür zorluklarla karşılaşılabilir.

\_Hedeflenen kan basıncı değerine kolaylıkla ulaşmak için, kardiyovasküler hasar oluşmadan önce antihipertansif tedaviye başlanması gerekmektedir.

## **Hipertansiyon Tedavisinin Yan Etkileri Nelerdir?**

Yeni ilaçlar başladıktan sonra, ortaya çıkan belirtilerin ilaçlar nedeniyle olduğu düşünülebilir. Antihipertansif ilaçların yan etki profilleri; ilacın dozu, kullanım süresi, kullanan kişinin fizyolojik ve patofizyolojik yapısına veya kullanılan diğer bir ilaç ile etkileşmesine kadar değişik pek çok faktörden etkilenebilir.

Eğer yeni bir ilaç başladıktan sonra kendinizi daha farklı hissetmeye başlarsanız ilaç prospektüsü üzerinde yazan bilgileri okuyarak yan etkileri kontrol edin (Kullandığınız ilaçtan kaynaklanan bir yan etki görüldüğünde doktorunuz size daha iyi gelecek bir ilaçla kullandığınız ilacı değiştirebilir yada dozunda değişiklik yapabilir.



## **Antihipertansif Tedavide Hasta Uyumu Neden Önemlidir?**

İlaç uyumu, hastanın ilaç kullanım davranışlarının ilaçla ilgili sağlık tavsiyelerine uyum düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle ilaç uyumu, hastanın kendisi için düzenlenen tedavi programını izleme derecesidir. İlaç tedavisine uyumsuzluk, tüm bölgeleri ve sosyo-ekonomik tabakaları etkileyen, tüm kronik hastalık durumları için geçerli olan bir sorundur.

Tedaviye uyumun yeterince olmaması; hastalığın gereksiz ilerlemesi, hastalık komplikasyonlarının görülmesi, fonksiyonel yeteneklerin azalması, yaşam kalitesinin azalması ve erken ölümler gibi istenmeyen durumların oluşmasına yol açmaktadır.



***Hipertansiyon hastalarının yaklaşık yarısı ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaktadır.***

İlaç tedavisine uyumsuzluğun olması, hipertansiyon tedavisinin başarısızlığına katkıda bulunmakta, olumsuz sonuçların elde edilmesine neden olabilmektedir. Tedaviye uyumun sağlanması ise, kan basıncında istenilen düzeyde azalma elde edilebilmesinde önemlidir.

Akut durumu olan hastalarda tedaviye uyum, kronik rahatsızlığı olanlara göre daha yüksek olmakta, ilk altı aydan sonra hastaların tedaviye uyumları belirgin olarak düşmektedir. Bu problem özellikle uzun dönemli yada hayat boyu tedavi gerektiren kronik hastalığı sahip hastalarda görülmektedir.



## Tedavide başarısızlık nedenleri nelerdir?



Yüksek tansiyon tedavisinde yetersiz uyumun olması sıklıkla hastanın hastalığı hakkında yeterli eğitiminin olmaması, herhangi bir tedaviyi almak için hasta motivasyonunun düşük olması, hastanın sorunu ile doktorun algıladıkları arasında büyük bir boşluk bulunması, hastaya tedavinin karışık gelmesi, yan etkilerin görülmesi, koordine edici ve destekleyici yaklaşımların olmaması gibi bir dizi engelden kaynaklanır.

## İlaç Tedavisine Uyumun Sağlanamaması Ne Tür Sorunlara Neden Olabilir?



Hipertansiyonu düşürmek üzere uygulanan tedaviye uyumun sağlanamamasının, kan basıncı kontrolünü, komplikasyon görülme oranını ve sağlık hizmetlerinin maliyetini etkilediği yapılan bazı çalışmalar ile gösterilmiştir. Tedaviye uyumun sağlanamaması ayrıca hastanede yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır.

## Hipertansiyonda Yaşam Tarzı Değişiklikleri Nasıl olmalıdır?

Uygun yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonun önlenmesinde önemlidir. Yaşam tarzı değişikliklerinin özellikle yüksek riskli hastalarda ilaç tedavisine başlamayı geciktirme gibi bir özelliği olmamasına rağmen, yüksek kan basıncının etkin tedavisinin sağlanmasında önemli bir yeri bulunmaktadır.

## Sigara Kullanımı

Sigara koroner kalp hastalığı için en önemli risk faktörlerinden biridir ve yüksek tansiyon ile birlikte kalp krizi ve felç gibi komplikasyonların oluşum riskini artırır. Sigarayı bırakmanın kalp-damar hastalıkları ve erken ölümlerin önlenmesinde en etkili yaşam tarzı girişimlerinden biri olduğu kabul edilmektedir.

## **Sismanlık-Obesite**

Fazla kilo ve obezite, sağlık için risk oluşturacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanır ve hem gelişmiş, hemde gelişmekte olan ülkelerde gittikçe büyüyen bir sağlık problemidir.

Obezitenin lümü beden kitle indeksi hesaplanarak yapılır ve beden kitle indeksi; kilo cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğuna bölünmesi ile elde edilir ( $\text{kg(ağırlık)}/\text{m}^2$  (boy uzunluğunun metre cinsinden karesi)). 30 veya daha fazla beden kitle indeksi olan bir kişi genellikle obez, 25 veya daha fazla beden kitle indeksi olan bir kişi fazla kilolu kabul edilir. Fazla kilo ve obezite, şeker hastalığı, kalp-damar hastalıkları ve kanser de dahil olmak üzere bir dizi kronik hastalık için büyük bir risk faktörüdür.



Günlük kalori alımındaki azalma, sistolik ve diyastolik kan basıncı seviyelerindeki önemli düzeydeki azalma ile yakından ilişkilidir. Yapılan araştırmalarla, egzersiz ile birlikte yapılan kilo azaltıcı diyetlerin anlamlı ölçüde kilo kaybı sağladığı, total kolesterol ve LDL-kolesterol (Kötü kolestrol) düzeyini düşürdüğü, HDL-kolesterol (İyi kolestrol) düzeyini arttırdığı gösterilmiştir.

*Çok hızlı kilo vermeye çalışmayın. Yavaş yavaş ve sürekli kilo vermek (bir haftada yaklaşık 450gr) daha sağlıhdır ve sizin için uygun olan kiloda kalmanıza yardımcı olur.*

## **Beslenme**

Sağlıklı beslenmek kan basıncını düşük tutmaya yardımcı olmaktadır. Taze meyve ve sebzelerden bol bol tüketmek, potasyum ve lifli besinleri tüketmemizi sağlar. Ayrıca, besinlerin doymuş yağ ve kolesterol bakımından düşük gıdalar olmasına ve yemeklere tuz eklemeyi mümkün olduğunca azaltmaya dikkat edilmelidir.

Hipertansiyona özgü diyet programı ayrıca, tam tahıl ürünleri, balık, kümes hayvanları ve fındık içermektedir. Birçok diyet programına göre kırmızı et, tatlılar ve şekerli içecekler azdır. Potasyum, magnezyum, kalsiyum, protein ve lif bakımından ise zengindir. Hipertansiyona özgü bir diyet programı ile beslenmek, 2 hafta içinde kan basıncını azaltmaya önemli ölçüde yardımcı olmaktadır.

### **Tuz Tüketimi**

Sodyum miktarındaki azalma (tuzun önemli bir bileşeni) kan basıncında azalma ile ilişkilidir. Fazla tuz tüketmek bazı insanlarda yüksek kan basıncı gelişmesine katkıda bulunabilir. Kilo kaybının sağlanması ve tüketilen sodyum miktarının azaltılması kan basıncını etkilemekte, kan basıncı normal sınırlarda yada daha yüksek olan kilolu kişilerde hipertansiyon gelişme riskini engellemektedir. Birçok ülkede genel olarak tuz tüketimi günlük 9-12 gramdır. Dünya Sağlık Örgütü yetişkinler için günlük 5 gr tuz önermektedir. Bir çay kaşığı dolusu tuz yaklaşık 5-6 gramdır.



*Yemek pişirirken atılan tuz yerine otlardan ve baharatlardan yararlanılabilir*

Dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta, sodyum içeriğini kontrol etmek için gıda etiketlerinin okunmasıdır. Sodyum içeriği, ekmek (yaklaşık 250 mg/100 g), pastırma (yaklaşık 1.500 mg/100 g), çerez, simit, patlamış mısır (yaklaşık 1.500 mg/100 g) gibi işlenmiş gıdalarda ve soya sosu (yaklaşık 7000 mg/100 g), bulyon (yaklaşık 20 000 mg/100 g) gibi çeşnilerde daha yüksektir.

### **Potasyum alımı**

Potasyumun vücudun sıvı dengesini sağlamada önemli bir yeri bulunmaktadır. Besinlerde bulunan potasyum ve magnezyum kan basıncının kontrol edilmesine yardımcı olmakta, diyetle, taze meyve ve sebzelerden sağlanan yaklaşık günde 90 mmol potasyum, hipertansiflerde kan basıncını düşürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yetişkinler için günlük en az 3,510 mg potasyum tüketilmesini tavsiye etmektedir.

Yüksek kan basıncı olan bireylerde ise potasyum takviyeleri yerine potasyum yönünden zengin besinlerin tüketilmesi önerilmektedir.



### **Potasyum yönünden zengin besinlerden bazıları şunlardır:**

- ✚ Fasulye ve bezelye (yaklaşık 1300 mg/100 g)
- ✚ Fındık (yaklaşık 600 mg/100 g), ıspanak, lahana ve maydanoz (yaklaşık 550 mg/100 g) gibi yeşil yapraklı sebzeler
- ✚ Muz (yaklaşık 300 mg/100 g)

### **Kalsiyum alımı**

Düşük kalsiyum alımı olan kişilerin kan basınçları daha yüksektir ve yetişkinler için günlük olarak 1200 miligram günlük tüketim önerilmektedir. Az yağlı süt, yoğurt ve peynir gibi süt ürünleri kalsiyum açısından zengin kaynaklardır. Ispanak ve brokoli gibi yeşil yapraklı sebzeler de kalsiyum içerir. Günde yaklaşık 1200 mg kalsiyum alımının sağlanabilmesi için her gün 3-4 defa kalsiyumdan zengin gıda alınması önerilmektedir.

### **Fizik aktivite**

Fiziksel aktivite iskelet kasları tarafından enerji harcamayı gerektirerek üretilen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel hareketsizlik, dünya çapında yaklaşık 3,2 milyon ölüme (ölümlerin % 6'sı) neden olduğu tahmin edilen, dördüncü önde gelen risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Yapabildiğiniz her yerde ve her zaman yürüyerek, esneme-germe hareketleri yaparak ve çevrenizde sık sık dolaşarak, asansör yerine merdiven kullanarak ve hobi faaliyetlerine katılarak, fiziksel aktiviteyi günlük rutin yaşamınız içine yerleştirin. Haftanın 4-7 günü 30-60 dakika süren orta yoğunlukta aktif egzersiz yapın.

Düzenli olarak orta şiddette yapılan bisiklete binme, yürüyüş yapma gibi fiziksel aktivitelerin sağlık için önemli faydaları vardır. Örneğin, kalp-damar

hastalıkları, diyabet, kolon kanseri, meme kanseri ve depresyon riskini azaltabilir. Yeterli düzeyde yapılırsa, kalça veya vertebra kırığı riskini azaltmaya ve kilo kontrolüne yardımcı olabilir. Kilo kaybına, kan şekeri kontrolünün sağlanmasına, kan basıncını düzenlemeye, lipid profiline ve insülin duyarlılığına katkıda bulunur.

### **Psikolojik stres ve gevşeme teknikleri**

Hipertansiyon olarak bilinen yüksek kan basıncı yaygın olarak yanlış bilinen tıbbi bir durumdur. Bazı insanlar hipertansiyonlu kişilerin, gergin, sinirli ya da hiperaktif olduklarını düşünürler. Fakat hipertansiyonun kişilik ile ilgisi yoktur. Sakin ve rahat kişilik yapısına sahip bireylerde de hipertansiyon gelişebilir.

Stresli durumlar kan basıncı yükselmesine neden olabilir ve genellikle stresli durumdan uzaklaşıldığında normale döner. Nasıl gevşeyeceğini ve stresle etkili baş etme yöntemlerini öğrenmek kısa süreli kan basıncı yükselmelerini önlemede yardımcı olacaktır.

## Ek 7. Diyet Önerisi

### **BESİN DEĞİŞİM LİSTESİ**

#### **SÜT DEĞİŞİMİ**

Süt	1 su bardağı
Yoğurt	4 yemek kaşığı
Ayran	1,5 su bardağı

#### **ET DEĞİŞİMİ**

Köfte	1 adet
Pirzola (kemiksiz)	1 küçük boy
Tavuk eti (derisiz)	1 köfte kadar
Kuşbaşı	3-4 küçük parça
Balık (yağsız)	1 köfte büyüklüğünde
Yumurta	1 adet
Beyaz peynir	1 kibrit kutusu kadar
Kaşar peyniri	2/3 kibrit kutusu kadar

#### **EKMEK DEĞİŞİMİ**

Ekmekek	1 ince dilim
Galeta	1 adet
Çorba çeşitleri	1 kase
Pirinç pilavı	3 yemek kaşığı
Bulgur pilavı	3 yemek kaşığı
Makarna	3 yemek kaşığı
Erişte	3 yemek kaşığı
Patates	1 küçük boy
Kestane	2 orta boy
Haşlanmış mısır	1 küçük boy
Patlamış mısır	1 su bardağı
Leblebi	1 çay bardağı
Tuzlu bisküvi	2 adet
Etimek	2 adet
Kepekli diyet bisküvi	4 adet
Çubuk kraker	½ paket
Badem kraker	32 adet

#### **MEYVE DEĞİŞİMİ**

Elma	1 küçük boy
Kayısı	4 adet
Muz	1/2 orta boy
Taze İncir	1 küçük boy
Kiraz	15 adet
Vişne	20 adet
Greyfurt	½ orta boy
Portakal	1 orta boy
Mandalina	1 büyük boy
Üzüm	15 iri tane
Erik	5 adet
Dut	10 büyük boy
Çilek	12 adet
Şeftali	1 orta boy
Armut	1 küçük boy
Ayva	1/3 orta boy
Nar	1/2 küçük boy
Kavun	1/10 küçük boy
Karpuz	1/10 küçük boy
Kuru İncir	1 adet
Kuru Üzüm	1 yemek kaşığı
Böğürtlen	1 çay bardağı
Kivi	1 orta boy
Ananas	1 ince dilim
Avokado	1/2 adet

## YENİ BİR HAYATA BAŞLARKEN NELER

### YAPALIM?

- ❖ Sık sık ideal ağırlığınıza kavuşmanın size sağlayacaklarını düşünün.
- ❖ Öğün atlamaktan ve bir öğünde aşırı yemekten kaçının.
- ❖ Güne kahvaltısız başlamayın.
- ❖ Her gün 10-15 bardak su için. Özellikle her sabah kalkınca ve öğünlerden önce ılık su için.
- ❖ Fiziksel aktivitenizi arttırın (Günde 45 dakika yürüyüş yapın).
- ❖ Spor yapmadan önce ısınma hareketleri yapmayı unutmayın.
- ❖ Yiyeceklerinizi hazırlarken kızartmak yerine haşlama, ızgara veya fırında pişirme yöntemlerini tercih edin.
- ❖ Sağlığınız için ve daha tok hissetmeniz için lifli besin tüketiminizi arttırın.  
Bunun için:
  - Haftada 2 kez kuru baklagil tüketmeye özen gösterin.
  - Yemeklerinizin yanında bol yağsız salata tüketin.
  - Kabuklu yenebilen meyveleri soymadan tüketin.
  - Kepekli ekmek tercih edin.
  - Meyve suyu yerine meyvenin kendisini tüketin.
  - Pirinç pilavı yerine bulgur pilavı tüketmeye özen gösterin.
- ❖ Süt, yoğurt, peynir, et gibi yiyeceklerin az yağlı olanlarını tercih edin.
- ❖ Yemeklerde katı yağ kullanmayın.
- ❖ Kırmızı et tüketim sıklığını azaltıp beyaz et tüketim sıklığını arttırın.
- ❖ Haftada iki kez balık eti tüketin.
- ❖ Kan basıncınız (tansiyon) normal olsa da tuzlu yiyeceklerden sakının (1 gram tuz vücudumuzda yaklaşık 130 gram su tutmaktadır).
- ❖ Çay, kahve, neskafe gibi içeceklerinizde şeker kullanmamaya özen gösterin, arzu ederseniz tavsiye edilen ölçüde tatlandırıcı kullanabilirsiniz.
- ❖ Yemeklerinizi hızlı ve büyük lokmalar halinde yemekten, az çiğnemekten kaçının.
- ❖ Yemek yerken porsiyon kontrolünü kaybetmemek için televizyon izlemek ve kitap okumak gibi aktivitelerle uğraşmaktan kaçının.
- ❖ Düzenli uyku alışkanlığı edinin, 8 saatten fazla uyumanın vücudunuzdaki yağı arttıracığını unutmayın.
- ❖ Özellikle ev dışında yemek yerken, yemeklerin suyunu tüketmemeye özen gösterin.
- ❖ Yakın arkadaşlarınızı diyetle teşvik edin, sosyal aktivitelerinizi yemek yemeye değil hareket etmeye dayalı olarak ayarlayın.
- ❖ Hazır besinler yerine, kendi hazırladığınız doğal besinleri tüketmeye özen gösterin.
- ❖ Atıştırma isteğinizi çiğ sebzelerle giderin.
- ❖ Alışveriş yaparken aldığınız besinlerin etiketini okuyun, yağ miktarı düşük olan besinleri tercih edin.
- ❖ Sofranızda yeşillik bulundurmayı alışkanlık haline getirin.
- ❖ Etlı yemekler pişirirken, yağ eklemeyin.
- ❖ Alışverişe çıkarken tok olmaya özen gösterin.

- ❖ Kalorili besinleri yakınıınızda bulundurmayın.
- ❖ Sabırlı olun, yavaş verilen kilonun vücuda geri dönmesinin daha zor olduğunu unutmayın.
- ❖ Yemek biter bitmez masadan kalkın.
- ❖ Yatmadan 2 saat önce ara öğününüzü bitirmiş olun.
- ❖ Asansör yerine merdiven kullanmayı alışkanlık haline getirin.
- ❖ Kilo vermeniz yavaşladığında asla pes etmeyin!
- ❖ Fazla kiloların sadece estetik bir sorun değil aynı zamanda sağlığınızı tehdit edici bir unsur olduğunu unutmayın.
- ❖ Diyet yapmak aç kalarak zayıflamak değildir. Yeterli ve dengeli beslenerek, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını yaşam tarzına dönüştürmektir. Bunu çevrenizdekilere de açıklayın. İkrâm konusunda ısrarcı olmamalarını talep edin.
- ❖ Başaracağınıza inanın, kendinizi sevin.

**Sağlıklı ve formda  
günler dilerim...**



Ek 8. Motivasyonel Görüşme Kursu I. Aşama Katılım Belgesi

13 Aralık 2013

Sayın Fırat ÖZEL.....,

13 Aralık 2013 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel  
Görüşme Tekniği birinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğitici

Ek 9. Motivasyonel Görüşme Kursu II Aşama Katılım Belgesi

17 Ocak 2014

Sayın ..Funda.....ÖZPULCAI.....

17 Ocak 2014 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği ikinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi



Ek 10. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0 (312) 305 1090-91 • Faks: 0 (312) 309 3190  
E-posta: info@saqbil@hacettepe.edu.tr  
www.saglikbilimleri.hacettepe.edu.tr


Sayı: 72924032- 300-883

17 Temmuz 2013

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**  
**ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA,**

Anabilim Dalmız doktora öğrencisi **Funda Özpulat'** ın, "H.Ü. Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddesi gereğince saptanan **"MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HİPERTANSİYON HASTALARININ ÖZYETERLİLİK ALGISINA VE İLAÇ TEDAVİSİ UYUMUNA ETKİSİ"** konulu tezi üzerinde çalışmaya başlaması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

  
**Prof. Dr. Ü. Şebnem HARPUR**  
Müdür Yardımcısı

Ek 11. Yapılan Çalışma İle İlgili Diğer Tablo ve Grafikler

Tablo 11.1. Araştırmaya Katılan Bireyler Tarafından Kullanılan İlaç Gruplarının Dağılımı

<b>KULLANILAN İLAÇ GRUBU</b>	<b>MÜDAHALE GRUBU</b>				<b>KONTROL GRUBU</b>			
	<b>İlk Değerlendirme</b>		<b>Son Değerlendirme</b>		<b>İlk Değerlendirme</b>		<b>Son Değerlendirme</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diüretik	2	4.5	3	6.6	8	20.0	10	23.8
Kalsiyum Kanal Blokeri	6	13.6	9	20.0	10	25.0	10	23.8
Anjiyotensin II Antagonisti	20	45.5	16	35.6	8	20.0	9	21.4
Beta-Blokör	9	20.5	9	20.0	8	20.0	6	14.3
ACE İnhibitörü	7	15.9	8	17.8	3	7.5	2	4.8
ACE+ Kalsiyum Kanal Blokeri	-	-	-	-	2	5.0	3	7.1
Diüretik+ Anjiyotensin II Antagonisti	-	-	-	-	1	2.5	2	4.8
<b>Toplam</b>	44	100.0	45	100.0	40	100.0	42	100.0

Tablo 11.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin İlaç Dışı Yöntem Kullanım Özellikleri

<b>İlaç Dışı Yöntem Kullanımı</b>	<b>MÜDAHALE GRUBU</b>				<b>KONTROL GRUBU</b>			
	<b>İlk Değerlendirme</b>		<b>Son Değerlendirme</b>		<b>İlk Değerlendirme</b>		<b>Son Değerlendirme</b>	
	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Tuzsuz Diyet	2	5.2	4	10.3	11	22.0	11	24.5
Kilo Verme	1	2.5	2	5.1	3	6.0	3	6.7
Egzersiz Yapma	1	2.5	2	5.1	2	4.0	2	4.4
Bitkisel İlaç/Ürün Kullanma	21	53.9	21	53.9	22	44.0	18	40.0
Uygulama Yapmıyor	14	35.9	10	25.6	11	22.0	11	24.4
Diğer	-	-	-	-	1	2.0	-	-
<b>Toplam</b>	39	100.0	39	100.0	50	100.0	45	100.0
<b>Bitkisel Ürün /Farklı Bir Yöntem Kullanımı</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Sarımsak	14	35.9	15	42.8	9	29.1	8	30.8
Limon	19	48.8	18	51.4	20	64.5	16	61.6
Elma Sirkesi	1	2.5	1	2.9	1	3.2	1	3.8
Maydanoz Suyu	1	2.5	-	-	-	-	-	-
Nar Ekşisi	1	2.5	-	-	-	-	-	-
Tarçın	1	2.5	-	-	-	-	-	-
Diğer	2	5.3	1	2.9	1	3.2	1	3.8
<b>Toplam</b>	39	100.0	35	100.0	31	100.0	26	100.0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 11.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Beslenme Özellikleri

	<b>MÜDAHALE GRUBU</b>				<b>KONTROL GRUBU</b>			
	<b>İlk</b>		<b>Son</b>		<b>İlk</b>		<b>Son</b>	
	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Değerlendirme</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tuz Kullanma Alışkanlığı</b>								
Normal	26	70.3	4	10.8	24	63.2	20	52.6
Çok Tuzlu	5	13.5	1	2.7	3	7.9	4	10.5
Az Tuzlu	6	16.2	32	86.5	11	28.9	14	36.8
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>
<b>Sıklıkla Tüketilen Yiyecek Türleri</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Kırmızı Et	12	10.8	3	2.7	8	7.1	8	7.0
Beyaz Et	28	25.3	36	32.4	28	24.8	27	23.7
Bitkisel Protein	15	13.5	34	30.6	20	17.7	22	19.3
Karbonhidrat	17	15.3	2	1.9	21	18.6	20	17.5
Yağ (Kızartmalar)	9	8.1	-	-	2	1.7	2	1.8
Sebze ve meyve	30	27.0	36	32.4	34	30.1	35	30.7
<b>Toplam</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>	<b>114</b>	<b>100.0</b>
<b>Hipertansiyon İçin Diyet Uygulaması</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	5	13.5	31	83.8	11	28.9	10	26.3
Hayır	32	86.5	6	16.2	27	71.1	28	73.7
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

\*Katılımcılardan ilk 3 tercihlerini belirtmeleri istenmiştir.

Tablo 11.4. Hipertansif Bireylerin Spor Yapma Durumlarına İlişkin Bazı Özellikleri

	<i>MÜDAHALE GRUBU</i>				<i>KONTROL GRUBU</i>			
	<i>İlk</i>		<i>Son</i>		<i>İlk</i>		<i>Son</i>	
	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Değerlendirme</i>
<i>Spor Yapma Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	6	16.2	23	62.2	7	18.4	6	15.8
Hayır	29	78.4	12	32.4	30	78.9	30	78.9
Bazen	2	5.4	2	5.4	1	2.7	2	5.3
<b>Toplam</b>	37	100.0	37	100.0	38	100.0	38	100.0
<i>Yapılan Spor Türü</i>								
Yavaş tempo yürüyüş	7	87.5	20	80.0	5	62.5	6	75.0
Hızlı tempo yürüyüş	1	12.5	5	20.0	2	25.0	1	12.5
Futbol	-	-	-	-	1	12.5	1	12.5
<b>Toplam</b>	8	100.0	25	100.0	8	100.0	8	100.0
<i>Spor Sıklığı</i>								
Haftada 1 Kez	1	12.5	1	4.0	2	25.0	4	50.0
Haftada 2 Kez	-	-	1	4.0	-	-	-	-
Haftada 3 Kez	3	37.5	11	44.0	1	12.5	-	-
Haftada 4 Kez	-	-	2	8.0	1	12.5	1	12.5
Haftada 5 Kez	-	-	6	24.0	-	-	-	-
Her Gün	4	50.0	4	16.0	4	50.0	3	37.5
<b>Toplam</b>	8	100.0	25	100.0	8	100.0	8	100.0
<i>Spor Süresi</i>								
5 Dakika	1	12.5	-	-	-	-	-	-
15 Dakika	1	12.5	-	-	1	12.5	1	12.5
20 Dakika	1	12.5	3	12.0	2	25.0	1	12.5
30 Dakika	3	37.5	9	36.0	2	25.0	3	37.5
45 Dakika	1	12.5	7	28.0	-	-	3	37.5
60 Dakika	1	12.5	6	24.0	3	37.5	-	-
<b>Toplam</b>	8	100.0	25	100.0	8	100.0	8	100.0

Tablo 11.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin BKİ Sınıflandırmalarının İlk ve Son Değerlendirme Sonuçları Dağılımı

	<i>İlk Değerlendirme</i>				<i>İlk Değerlendirme</i>		
<b>MÜDAHALE GRUBU</b>	<b><i>BKİ Değeri</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b>KONTROL GRUBU</b>	<b><i>BKİ Değeri</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
	Normal (18.50-24.99)	2	5.4		Normal (18.50-24.99)	5	13.2
	Pre-Obez (25.00-29.99)	9	24.3		Pre-Obez (25.00-29.99)	6	15.8
	Obez ( $\geq 30.00$ )	26	70.3		Obez ( $\geq 30.00$ )	27	71.1
	<b>Toplam</b>	37	100.0		<b>Toplam</b>	38	100.0
<b>MÜDAHALE GRUBU</b>		<b><i>Son Değerlendirme</i></b>		<b>KONTROL GRUBU</b>		<b><i>Son Değerlendirme</i></b>	
	<b><i>BKİ Değeri</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>		<b><i>BKİ Değeri</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
	Normal (18.50-24.99)	3	8.1		Normal (18.50-24.99)	5	13.2
	Pre-Obez (25.00-29.99)	8	21.6		Pre-Obez (25.00-29.99)	4	10.5
	Obez ( $\geq 30.00$ )	26	70.3		Obez ( $\geq 30.00$ )	29	76.3
	<b>Toplam (<math>\geq 30.00</math>)</b>	37	100.0		<b>Toplam</b>	38	100.0

Tablo 11.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin BKİ Değerleri İlk ve Son Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

<i>Grup</i>	<i>Özellik</i>	<i>Değerlendirme</i>	<i>Ort.</i>	<i>Std. Hata</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Müdahale Grubu</b>	<b>BKİ</b>	İlk Değerlendirme	33.29	.98	2.253	.030
		Son Değerlendirme	33.08	1.00		
<b>Kontrol Grubu</b>		İlk Değerlendirme	32.50	.93	-3.867	.000
		Son Değerlendirme	33.00	.91		

\*Bağımlı Gruplarda T Testi uygulanmıştır.

Tablo 11.7. Hipertansif Bireylere Uygulanan Motivasyonel Görüşmelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi

<i>SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI</i>	<i>Motivasyonel Görüşmenin Etkisi</i>				<i>Toplam</i>
	<i>Evet</i>		<i>Hayır</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Tuz Kullanımında Azalma	36	97.3	1	2.7	100.0
Fiziksel Aktivitede Artma	25	67.6	12	32.4	100.0
Hamur İşi Besin Tüketiminde Azalma	21	56.8	16	43.2	100.0
Kızartma Türü Besin Tüketiminde Azalma	17	45.9	20	54.1	100.0
Vücut Ağırlığında Azalma	5	13.5	32	86.5	100.0
Streste Azalma	2	5.4	35	94.6	100.0
Şekerli Besin Tüketiminde Azalma	1	2.7	36	97.3	100.0

\*Satır yüzdesi alınmıştır.