



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1219543>

Orijinal Araştırma

Acil Servise Başvuran Hipertansif Hastalarda Tedaviye Uyum ve Hastalık Algısının İncelenmesi

Investigation of Treatment Compliance and Illness Perception in Hypertensive Patients Attending to the Emergency Department

Yasemin AKDAĞ^{ID}*,^a, Leyla KHORSHİD^{ID}^b,

^a *Uzm. Hem., Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR, TÜRKİYE*

^b *Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE*

ÖZET

Giriş: Çalışma, hipertansif kriz nedeniyle acil servise başvuran bireylerin, tedaviye uyumunu ve hastalık algısını saptamak amacıyla prospektif, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Veriler, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde, 141 bireyle Kasım 2021- Şubat 2022 tarihinde Hasta Tanıtım Formu, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, Kruskal Wallis ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği'nin toplam puan ortalaması 9.36+5.35 bulunmuştur. Hastalık Algısı Ölçeği'nin hastalık tipi boyutuna göre, bireyler hastalıklarının başlangıcından beri en çok baş ağrısı (%85.8), yorgunluk (%65.2), sersemlik hissi (%56.7), ağrı (%56.0) ve güç kaybı (%48.2) belirtilerini yaşamışlardır. Bu ölçeğin hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutlarından, kişisel kontrolün en yüksek, süre (akut/kronik) ve sürenin (döngüsel) en düşük puan ortalamasını; hastalık nedenleri alt boyutlarından, tehditsel etkenlerin en yüksek; kaza ya da şansın en düşük puan ortalamasını aldığı saptanmıştır.

Sonuç: Bireylerin Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ile beden kitle indeksi, eğitim durumu ve yakınlarında hipertansiyondan ölen/sakat kalan birey olma durumu ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bireylerin hastalık algılarını; hastalıklarının belirtileri, hastalıklarına sebep olan nedenler, hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkındaki düşünceleri etkilemiştir. Sonuç olarak bireyler tedavilerine yüksek uyum göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Hastalık algısı, Hipertansif hasta, Hipertansiyon, Tedavi uyumu.

ABSTRACT

Background: The study was conducted as a prospective, cross-sectional and descriptive study in order to determine the treatment compliance and the perception of the disease of individuals who applied to the emergency department due to hypertensive crisis.

Method: Data were collected in the Emergency Service of a Training and Research Hospital with 141 individuals using the Patient Description Form, the Hill-Bone Hypertension Treatment Adherence Scale, and the Disease Perception Scale between November 2021 and February 2022. In the analysis of the data, Kruskal Wallis and t test were used.

Results: The total mean score of the Hill-Bone Scale of Adherence to Hypertension Treatment was found to be 9.36+5.35. According to the disease type dimension of the Illness Perception Scale, individuals experienced the most symptoms of headache (85.8%), fatigue (65.2%), feeling dizzy (56.7%), pain (56.0%) and loss of strength (48.2%) since the beginning of their illness. From the sub-dimensions of the views about the disease of this scale, the highest average score of self-control, duration (acute/chronic) and duration (cyclical); from the sub-dimensions of causes of disease, the highest of threatening factors; accident or chance was found to have the lowest average score.

Conclusions: A significant correlation was found with the Hill-Bone Scale of Adjustment to Hypertension Treatment, body mass index, education level, and being a relative who died/disabled due to hypertension. The disease perceptions of these individuals; It has affected the thoughts about the symptoms of the diseases, the causes of the diseases, the diseases and the treatment processes. As a result, individuals showed high compliance with their treatments.

Keywords: Disease perception, Emergency, Hypertension, Hypertensive patient, Treatment compliance

*Sorumlu Yazar: Yasemin AKDAĞ

Adres: Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR, TÜRKİYE

e-posta: ysmn4@gmail.com

Geliş tarihi: 15.12.2022

Kabul tarihi: 11.12.2023

GİRİŞ

Hipertansiyonun (HT) erken tespiti ve uygun tedavisi ile hipertansiyonun olumsuz sonuçları azaltılabilir (Mfinanga, Murray, Mwafongo, Runyon, Sawe ve Shao, 2018). Güvenli ve etkili tedaviler uygulandığı halde, hipertansiyon tanısı alan bireylerin çoğunun hipertansiyonları kontrol edilememektedir (Brody, Levy, Miller, Nakhle ve Polevoy, 2018; Chen, Lee, Liang ve Liao, 2014; Marshall, McKevitt ve Wolfe, 2012). Hipertansiyon tedavisi almış bireylerin, yapılan araştırmalarda yaklaşık %60'ının altı ay içinde tedaviyi sonlandırdığı saptanmıştır (Jankowska-Polańska, Mazur ve Uchmanowicz, 2016).

Acil servise başvuruların en yaygın nedenlerinden biri, akut kan basıncındaki artıştır (Grossman, Nadler, Shamiss ve Shrarabi, 2005). Kontrol edilemeyen hipertansiyon, hipertansif kriz gelişmesine yol açabilir (Imoun, Kotruchin, Mitsungnern, Pongchaiyakul ve Ruangsaisong, 2018). Hipertansif kriz sistolik kan basıncının 180 mmHg ya da diastolik kan basıncının 120 mmHg'nin üzerine olmasıdır (Paini ve ark., 2018; Caro, Kumar ve Rodriguez, 2010; Batic-Mujanovic, Brkic, Ljuca ve Salkić, 2014). Hipertansif kriz, acil servise başvuran bireyler arasında sık karşılaşılan bir durumdur (Kim, Kim, Kim, Lee, Shin ve Shin, 2022; Kotruchin ve ark., 2018). Hipertansif bireylerin % 2-3'ünde hipertansif acillerin meydana geldiği (Paini ve ark., 2018) ve acil servise başvuran bireylerin %3.2'sinin hipertansif krizle geldiği saptanmıştır (Kim ve ark., 2022). Tedavi edilemeyen veya yetersiz tedavi edilen hipertansif krizler (Shao ve ark., 2018), akut organ hasarının varlığına göre hipertansif aciliyet (hypertensive emergency) veya hipertansif acil durum (hypertensive urgency) olarak sınıflandırılır (Kotruchin ve ark., 2018; Wallbach ve ark., 2018).

Hipertansif aciliyet, çoğunlukla intravenöz ilaç tedavisi ile kan basıncının hemen azaltılmasını gerektiren (Paini ve ark., 2018; Flórido, Pierin ve Santos, 2019; Caro, Kumar ve Rodriguez, 2010), hedef organ hasarının eşlik ettiği kan basıncında aşırı yükselme olarak tanımlanır (Cohen-Arazi, Grossman, Holtzman, Leiba ve Mendel, 2016) ve kan basıncının dakikalar veya saatler içinde kontrol edilmesini gerektirir (Kotruchin ve ark., 2018). Hipertansif aciliyet, hayati tehlike oluşturur ve sonucunda hayati organlarda akut hasar ile karmaşık hale gelerek kardiyak, nörolojik ve diğer organlarda olumsuz sonuçlara yol açabilir (Maloberti ve ark., 2018; Batic-Mujanovic, Brkic, Ljuca ve Salkić, 2014). Hipertansif acil durum ise hayati organlarda ilerleyici işlev bozukluğu gerçekleşmeden, kan basıncındaki şiddetli yükselmedir (Maloberti ve ark., 2018; Salkić ve ark., 2014). Hipertansif acil durumunda, bireylerde baş ağrısı ve dispne görülebilir (Kotruchin ve ark., 2018; Salkić ve ark., 2014), bireylerde oral ilaç kullanılarak kan basıncının kademeli olarak saatler veya günler içinde düşürülmesini gerektirir (Kotruchin ve ark., 2018; Paini ve ark., 2018; Pierin ve ark., 2019).

Uyum bireyin bir hastalık için bir sağlık profesyonelinin önerilerine ne kadar uyduğu anlamına gelir (Chau, Choi, Lo, Thompson ve Woo, 2016; World Health Organization [WHO], 2003). DSÖ uyumu bir bireyin davranışının ilaç alma, diyetle uyuma veya yaşam tarzı değişiklikleri yapma, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının üzerinde anlaşmaya varılan tavsiyelere ne kadar karşılık geldiği olarak tanımlanmıştır (WHO, 2003) İlaç uyumu zamanlama, dozaj ve sıklık konusunda günlük tedaviyi sağlayan tavsiyelere uygunluk ölçüsü olarak tanımlanır (Giannouchos, Golna, Liberopoulos ve Souliotis, 2022) ve kan basıncı kontrolünde önem taşır (Chen, Chou ve Tsai, 2011; Hasanpoor, Mamaghani ve Soleimani, 2020). Hipertansif ilaç tedavisine yüksek uyumun, kan basıncı kontrolü ile anlamlı olumlu pozitif bir ilişkiye sahiptir (Casey, Glynn, Molloy, Morrissey ve Walsh, 2018; Hu, Li, Pan ve Wu, 2021) ve uyumu iyi olan bireylerde, kan basıncı kontrol oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Chia, Ching, Devaraj ve Hassan, 2021).

Yetersiz uyum, kan basıncının zayıf kontrolüne katkıda bulunur (Pan ve ark., 2021) ve kontrolsüz kan basıncının en önemli nedenidir (Osamor ve Owumi, 2011). American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği), günümüzde ilaç rejimine zayıf uyumu hemşirelik tanısı olarak kabul etmektedir ve ne yazık ki ilaç tedavisine uyumsuzluk sık görülen bir durumdur (Mamaghani ve ark., 2020). Bireylerin, antihipertansif tedavi uyum eksikliğinin en yaygın nedenleri olarak hiçbir semptom göstermemesinden dolayı hastalığın reddedilmesi, hastalığın ve tedavinin yanlış anlaşılması, tedavi katılımı eksikliği ya da sürdürme isteksizliği, ilaç kullanmanın sağlığın kötüye gidişi olarak algılanması, hastalık ve tedavi hakkında özellikle dozajla ilgili bilgi eksikliği ve ilaç yan etkileri gösterilmiştir (Arıkan ve ark., 2020; Jankowska-Polańska ve ark., 2016).

Rajpura ve Nayak'ın çalışmasında, başlangıçta bir reçeteye uymamak (doldurmamak), önerilenden daha fazla ya da daha az dozda ilaç almak ve başkası için önerilen bir ilacı almak ilaç tedavisi uyumsuzluğunun örneklerini oluşturmuştur. Oysaki durumun yanlış anlaşılması, sağlık durumunun iyileştiğinin algılanması, sağlığın kötüleşmesi, ilaç tedavisine genel bir onaylamama (itiraz) ve yan etkiler hakkında kaygılanma tedavi uyumsuzluğu için primer nedenleri oluşturmuştur (Rajpura ve Nayak, 2014a).

İlaç tedavisi uyumsuzluğu; eşlik eden hastalığı olan, unutkan, şiddetli ilaç yan etkisi gelişen ve çoklu ilaç kullanımı ile tedavi gören bireylerde daha sık görülür. İlaç tedavisi uyumsuzluğuna ilişkin etmenlerin; bireylerin yeni tanı alma, evde bakım ve destek görmeme ve sağlık eğitimi almaması olduğunu belirtmişlerdir (Al-daken ve Eshah, 2017). Yetersiz ilaç uyumunun/uyumsuzluğunun genellikle unutkanlıktan kaynaklandığı, tedavi sonuçlarını kısıtladığı ve bireylerin sağlıklarını iyileştirmede ya da devamlılığında başarılı olmadığı saptanmıştır (Souliotis ve ark., 2022). İlaç

uyumunun, ilaç alma süresinin uzunluğu, ilacı satın alamama ve ilacın yan etkileri gibi birçok engeli de vardır (Arbabshastan, Rigi, Sarani ve Yousefabadi, 2018). 2010'da yapılan bir çalışmada ise, ilaç maliyetlerinin tedavi uyumunu negatif etkilediği bulunmuştur (Iyalomhe ve Iyalomhe, 2010). Antihipertansif ilaç tedavisine uyum sağlamama, hipertansiyon kontrolünü etkileyerek (Yousefabadi ve ark., 2018) başarısızlığın bir nedeni olabilir (Xiong ve ark., 2022) ve istenmeyen klinik sonuçlarla ilişkilidir (Abeasi, Abugri ve Akumiah, 2022; Özpancar, 2016), istenmeyen kardiyovasküler olaylara ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesinde kötüleşmeye (Chen, Lee ve Tsai, 2009), olumsuz sağlık sonuçlarına (Mamaghani ve ark., 2020), hastaneye yatış oranının artmasına (Chen ve ark., 2014), ölüme, sağlık bakım kaynaklarının israfına (Al-daken ve Eshah, 2017) ve tedavi maliyetinde artmaya (Al-daken ve Eshah, 2017; Özpancar, 2016) yol açabilir (Qiao ve ark., 2020). Bireylerin başarılı tedavi uyumları ile belirtilerinin, acil servislere başvurularının ve hastaneye yatışlarının azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önüne geçilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Özpancar, 2016).

Uyum davranışı, bireyin hipertansiyon tedavisinin faydaları ile ilgili algısı olarak adlandırılmıştır (Adi, Suhat, Suwandono ve Wahyuni, 2022). Hastalık algısı, Leventhal ve arkadaşları tarafından önerilen sağduyu öz düzenleme modeli tarafından tanımlanan ve bir bireyin hastalığına nasıl tepki verdiğini kararlaştıran hastalığın bilişsel temsili oluşturmuştur (Burns, Leventhal ve Phillips, 2016). Leventhal ve arkadaşlarının sağduyu öz düzenleme modeli, ilaç uyumunu açıklayıcı bir modeldir, bu modele göre ilaç uyumu bir kendini düzenleme davranışıdır (Lo ve ark., 2016). Hipertansiyon tedavisinde başarı, bireyin hastalık algısı, inançları, hastalık deneyimleri ve tedaviye uyumu ile yakından ilişkilidir (Özpancar, 2016). Hipertansif bireylerde, ilaca uyum ile hastalık algıları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda; yaşlı hipertansif bireylerde hastalığa yönelik algıların ve ilaç tedavisine yönelik inançların birlikte ilaç tedavisine uyumun öngörülmesini önemli derecede etkilemekte olduğu; yaşlı hipertansif bireylerde (n=117) daha iyi hastalık algısının, daha düşük ilaç uyumuna yol açtığı (Rajpura ve Nayak, 2014a) saptanmıştır.

Bireylerin hastalıkları hakkında olumsuz algıları olduğu (Chang, Chen ve Hsiao, 2012); hipertansif bireylerin (n=385) ilaca uyum ve ilaçlar hakkındaki inanışlar arasında anlamlı ters bir ilişki olduğu (Yousefabadi ve ark., 2018); olumsuz hastalık algısının daha olumsuz sonuçları olduğu (Kaptein, Lamb, Meuleman, de Mutsert ve Sigit, 2021); olumsuz hastalık algısı ve uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (Chen ve ark., 2011); bireylerin çoğunluğu kendilerini hasta hissetmese bile ilaç almanın gerekli olduğuna inandığı; az bir kısmı ise kendilerini hasta hissetmediklerinde ilaç kullanmayı gerek duymadıkları saptanmıştır (Osamor ve Owumi, 2011).

En etkili hipertansiyon bakım modellerinin önemli bir özelliği, hipertansiyon bakım hizmetlerinin sağlanmasında iş birliği yapan çok disiplinli bir ekip olmasıdır. Ekip temelli bir yaklaşım, birey merkezlidir (Commodore-Mensah, Hill ve Himmelfarb, 2016) ve hemşire bu ekibin önemli bir üyesidir (Dehmer ve ark., 2016; Himmelfarb ve ark., 2016). Başarılı HT yönetimi için hipertansiyonlu bireyler öncelikle tedaviye uyumunu etkileyen etmenlerin ve hastalık algılarının incelenmesine gereksinim vardır. Ulusal ve uluslararası literatürlerde tek başına ilaç uyumu, hastalık algısı ve hipertansif kriz ile acil servise başvuran hipertansif bireylerle ilgili çok sayıda çalışmalar bulunmaktadır. Ancak acil servise başvuran hipertansif bireylerin ilaç uyumu ve hastalık algısını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden bu çalışma, hipertansif kriz nedeniyle acil servise başvuran hipertansif bireylerin tedaviye uyumunu ve hastalık algısını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları: Araştırma, “Acil servise başvuran hipertansif bireylerin tedaviye uyum düzeyleri nedir?”, “Acil servise başvuran hipertansif bireylerin hastalık algısı düzeyleri nedir?”, “Farklı BKİ değerlerine, eğitim düzeylerine ve HT'dan ölen /sakat kalan bir yakına sahip olma acil servise başvuran hipertansif bireylerin tedaviye uyumuna etki eder mi?” soruları kapsamında yürütülmüştür.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, prospektif, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Kasım 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran, hipertansiyon tanısıyla başvuran (N=320) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçiminde herhangi bir seçim yöntemi kullanılmamış, belirtilen süre içerisinde ulaşılabilen ve kabul kriterlerini karşılayan bütün bireyler (n=141) çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerini en az altı ay önce hipertansiyon tanısı alma ve 18 yaş üzerinde olma, araştırmaya alınmama kriterlerini mental sağlık problemlerine sahip olma, iletişim kurulamama ve araştırmaya katılmaya isteksiz olma oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan “Hasta Tanıtım Formu”, “Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)” ve “Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

Hasta Tanıtım Formu; yaş, cinsiyet, Beden Kitle İndeksi (BKİ), medeni durum, eğitim durumu, meslek grupları, sosyal güvence, HT tanısı ile takip edilen süre (ay), zararlı alışkanlık, kan basıncı ölçüm sıklığı, ailede HT ile ölen/sakat

kalan, kullanılan ilacı tanıma biçimi, tedavide değişiklik, tedavi değişikliğinin nedeni ve ilaç alma sıklığı sorularından oluşmaktadır.

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ): Kim ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup; Türkçe geçerlik güvenilirliği Karademir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek “görüşme”, “medikal” ve “beslenme” olmak üzere üç alt boyuttan ve dördümlü Likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar (0) “Hiçbir zaman”, (1) “Bazen”, (2) “Çoğu zaman” ve (3) “Her zaman” seçeneklerinden oluşmaktadır (Gün ve Korkmaz, 2014). Ölçeğin 6. sorusu dışında diğer tüm maddeleri olumsuz soru şeklindedir. Altıncı soru ters kodlanarak, tüm soruların total puanını değerlendirmede, “medikal” alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların, “beslenme” alt boyutu için 3, 4 ve 5. soruların ve “görüşme” alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. sorulara verilen yanıtların puanları toplanmaktadır. Ölçeğin total puanı madde sayısı ile ilişkili olarak 0 ile 42 arasında değişmektedir. Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının yorumlanmasında puanlara bakılır; eğer kişi tüm sorulara en olumlu cevapları vererek toplamda “0” puan almış ise hipertansiyon tedavisine tam uyumlu olarak değerlendirilmektedir. Sıfır dışındaki puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtmaktadır. Sorular olumsuz soru biçiminde olduğundan toplam puan yükseldikçe uyum azalmaktadır (Gün ve Korkmaz, 2014). Çalışmamızda, HBHTUÖ’ne göre 1. alt ölçek (medikal) Cronbach’s Alpha =0.749, (8 madde), 2. alt ölçek (beslenme) Cronbach’s Alpha =0.646 (3 madde) ve 3. alt ölçek (görüşme) Cronbach’s Alpha =0.428, (3 madde) olarak bulunmuştur (Karademir, Koseoglu, Vatansver ve Van Den Akker, 2009).

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-III-ness Perception Questionnaire): Toplam 70 maddeden oluşan Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-III-ness Perception Questionnaire), Weinman ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş; Moss-Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yenilenmiştir (Buick, Cameron, Horne, Moss-Morris, Petrie ve Weinman, 2002; Horne, Moss-Morris, Petrie ve Weinman, 1996). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği, Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. “Hastalık tipi”, “hastalık hakkındaki görüşleri” ve “hastalık nedenleri” olmak üzere HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır (Armay, Kocaman, M., Özkan ve S., Özkan, 2007). Birinci alt boyut olan “Hastalık tipi boyutu” toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyut sık rastlanan 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada zorluk, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı nefes alıp verme, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku çekme güçlüğü, güç kaybı) kapsamaktadır. Bu alt boyutta kişiye önce, “a) hastalığın başlamasından bu yana bu 14 belirtilerden hangilerini yaşadığı”, ve sonra “b) bu belirtilerin HT hastalığı ile ilgili olduğunu düşünüp düşünmediği” sorulmaktadır. İlk soru “evet/hayır” şeklinde; ikinci soru ise “evet/hayır/bilmiyorum”

şeklinde yanıtlanmaktadır. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu verir. Çalışmamızda “Hastalık tipi boyutu”nda her iki soruya verilen yanıtların sayısal ve yüzdelik dağılımı verilmiştir (Kocaman ve ark., 2007). “Hastalık hakkındaki görüşleri” boyutu: Beşli Likert tipi ölçümü (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılarak otuz sekiz madde ile oluşturulmuştur. Bu boyut yedi alt ölçeği kapsamaktadır. Bunlar “süre (akut/kronik)”, “sonuçlar”, “kişisel kontrol”, “tedavi kontrolü”, “hastalığı anlayabilme”, “süre (döngüsel)” ve “duygusal temsiller” olarak gruplandırılmıştır. “Süre (akut/kronik) alt ölçeği” bireyin rahatsızlığının süresiyle ilgili algılarını inceler ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. “Sonuçlar alt ölçeği” bireyin rahatsızlığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönüne olası etkileriyle alakalı düşüncelerini inceler. “Kişisel kontrol alt ölçeği”, bireyin rahatsızlığının süresi, seyri ve tedavisi üstündeki iç kontrol algısını inceler. “Tedavi kontrolü alt ölçeği” bireyin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki düşüncelerini sorgular. “Hastalığı anlayabilme”, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını inceler. “Duygusal temsiller alt ölçeği” kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini inceler (Kocaman ve ark., 2007). “Hastalık nedenleri” boyutu: Hastalıkların oluşmasındaki olası sebepleri ele alan 18 maddeden meydana gelmektedir ve beşli Likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut, bireyin rahatsızlığının olası sebepleri hakkındaki fikirlerini incelemekte ve dört alt ölçek içermektedir. Bu dört alt ölçek sırasıyla “psikolojik atıflar” (örn. stres ya da endişe, ailesel sıkıntılar, kişilik özellikleri), “tehditler” (örn. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), “bağışıklık” (örn. mikrop veya virüs, vücut direncinin yeterli olmaması), “kaza ya da şans” (örn. kaza, yaralanma, kötü talih vb.) şeklinde sınıflanmıştır (Kocaman ve ark., 2007).

Verilerin Toplanması

Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle ve öz bildirme dayalı olarak basılı anketler kullanılarak toplanmıştır. Araştırma hakkında hipertansif bireylere ön bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözel onam alınmıştır. Veri toplama formlarını yanıtlamak 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırma sonucundan elde edilen verilerin istatistik analizleri, Statistical Package of Social Science (SPSS) 25.0 programında yapılmıştır. HBHTUÖ toplam ve alt boyutlarının, Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ve standart sapması hesaplanmıştır. Hipertansif bireylerin cinsiyetine, medeni durumlarına ve HT’den ölen /sakat kalan bir yakına sahip olma durumuna göre HBHTUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında farkı incelemek amacıyla t testi yapılmıştır. Hipertansif bireylerin yaş grubu,

BKI, meslekleri, öğrenim düzeyine göre HBHTUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında farkı incelemek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma, araştırma ve yayın etiği ilkeleri doğrultusunda yürütülmüş olup bireylerden yazılı ve sözel onam alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen veya devam etmek istemeyen bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışmada kullanılan ölçekleri geliştiren veya geçerlik güvenirliğini yürüten araştırmacılardan mail yoluyla yazılı izin alınmıştır.

Çalışmanın uygulanabilmesi için çalışmanın yapıldığı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin (04.11.2021/E-15345988-799) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onam (02.08.2021/E-99166796-050-06.4-249718613) alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya hipertansiyon tanısı almış 141 birey dahil edilmiş olup %53.9'u kadın, %35.46'sı 23-50 yaş grubundadır, bireylerin BKİ ortalaması 27.99 + 4.74'tür (minimum: 18.3, maksimum 40.06), %34.8'i ilköğretim mezunudur, %58.2'si evli ve %39'u ev hanımıdır. Bireylerin %26.2'si emekli, %85.8'i sosyal güvenceye sahip ve %56'sının herhangi bir zararlı alışkanlığı bulunmamaktadır, %33.3'ü sigara ve %10.6'sı alkol kullanmıştır. Bireyler HT tanısı ile ortalama 8.34+7.38 yıl takip edilmiştir, %49.6'sı kullandığı tansiyon ilaçlarını adından, %31.9'u kutusundan tanıdığını belirtmiştir ve %75.9'u ise ilaçlarını her gün düzenli olarak kullanmaktadır, tedaviye başladıktan sonra %55.3'ünün ilaç tedavisinde değişiklik olmuştur ve ilaç tedavisinde değişikliğinin en sık nedeninin bireylerin tansiyonunu düşürmemesi (%27.7) olarak bulunmuştur.

Hill-Bone Hipertansiyon Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları ve Bunu Etkileyen Etmenler

Tablo 1. Hastaların HBHTUÖ ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

HBHTUÖ ve Alt Boyutları	Ortalama ± Standart Sapma (S.D.)	Min-Max.	Madde sayısı	Cronbach Alpha
Medikal	4,04 ± 3,39	0 - 16	8	0,749
Beslenme	2,68 ± 1,74	0 - 7	3	0,646
Görüşme	2,63 ± 1,89	0 - 12	3	0,428
HBHTUÖ	9,36 ± 5,35	1 - 28	14	0,778
Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları				
Hastalık Tipi	8,03 ± 6,50	0 - 28	14	0,800
Hastalık Hakkındaki Görüşler	109,91 ± 14,84	68 - 149	38	0,725
Hastalık Nedenleri	47,75 ± 11,62	28 - 78	18	0,790
Hastalık Algısı Ölçeği	168,79 ± 24,33	123 - 231	70	0,826

HBHTUÖ'den alınan toplam puan ortalaması 9.36+5.35'dir. Medikal alt boyutu puan ortalaması 4.04 +3.39, beslenme alt boyutu puan ortalaması 2.68+1.74, görüşme alt boyutu puan ortalaması 2.63+1.89 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmaya göre BKİ, medikal alt boyutu ölçek puan ortalamasında ve Hill-Bone toplam puan ortalamasında fark yarattığı görülmüştür (p<0.05) (Tablo 2).

Tablo 2. Hipertansif Bireylerin BKİ Göre HBHTUÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	BKİ	n	Ortalama ± Standart Sapma	*F	**p
Medikal Alt Boyutu	18,00-24,99	38	4,02±3,06	4,318	0,006
	25,00-29,99	53	2,94±2,16		
	30,00-34,99	37	5,08±4,41		
	35,00-39,99	13	5,69±3,85		
Beslenme Alt Boyutu	18,00-24,99	38	2,63±1,54	1,276	0,285
	25,00-29,99	53	2,37±1,68		
	30,00-34,99	37	3,00±1,77		
	35,00-39,99	13	3,15±2,33		
Görüşme Alt Boyutu	18,00-24,99	38	2,28±2,02	2,457	0,066
	25,00-29,99	53	2,73±1,38		
	30,00-34,99	37	2,43±1,96		
	35,00-39,99	13	3,84±2,67		
HILL-BONE TOPLAM	18,00-24,99	38	8,94±4,13	3,55	0,016
	25,00-29,99	53	8,05±3,78		
	30,00-34,99	37	10,51±6,50		
	35,00-39,99	13	12,69±8,28		

*F: Tek yönlü varyans analizi **p: anlamlılık değeri

Eğitim düzeyinin, görüşme alt boyutu ölçek puan ortalamasında fark yaratmadığı görülmüştür (F=2.452, p=0.049, p<0.05), ancak HBHTUÖ toplam puan ortalamasını, beslenme ve medikal alt boyutu ölçek puan ortalamalarında fark yaratmadığı görülmüştür (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 3. Hipertansif Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre HBHTUÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Eğitim Düzeyi	n	Ortalama ± Standart Sapma	F	p
Medikal Alt Boyutu	Okur yazar değil	17	3,94±2,33	1,31	0,262
	Okur yazar	16	3,68±2,79		
	İlköğretim	49	4,81±4,01		
	Ortaöğretim	34	3,11±2,86		
	Yükseköğretim	25	4,12±3,55		
Beslenme Alt Boyutu	Okur yazar değil	17	2,47±1,84	1,670	0,161
	Okur yazar	16	2,31±1,81		
	İlköğretim	49	2,44±1,91		
	Ortaöğretim	34	2,73±1,58		
	Yükseköğretim	25	3,44±1,38		
Görüşme Alt Boyutu	Okur yazar değil	17	2,52±0,94	2,452	0,049
	Okur yazar	16	2,50±1,67		
	İlköğretim	49	2,63±2,35		
	Ortaöğretim	34	3,35±1,47		
	Yükseköğretim	25	1,84±1,77		
HILL-BONE TOPLAM	Okur yazar değil	17	8,94±2,77	0,255	0,906
	Okur yazar	16	8,50±4,88		
	İlköğretim	49	9,89±6,71		
	Ortaöğretim	34	9,20±4,06		
	Yükseköğretim	25	9,40±5,75		

*t: bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, **p: anlamlılık değeri

Çalışmaya göre yakınlarında HT' den ölen/sakat kalan olup olmadığı durumuna göre görüşme alt boyutu puan ortalamasında fark yarattığı (p=0.023, p<0.05) ancak medikal alt boyutu, beslenme alt boyutu ve HBHTUÖ toplam ölçek puan ortalamalarında fark yaratmadığı görülmüştür (p>0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Hipertansif Bireylerin Yakınlarında HT' den Ölen/Sakat Kalanın Olup Olmadığı Durumuna Göre HBHTUÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Yakınlarında HT' den Ölen/Sakat Kalan	n	Ortalama ± Standart Sapma	t	p
Medikal Alt Boyutu	Var	47	4,21±3,09	0,402	0,688
	Yok	94	3,96±3,54		
Beslenme Alt Boyutu	Var	47	2,44±1,52	-1,124	0,263
	Yok	94	2,79±1,84		
Görüşme Alt Boyutu	Var	47	2,12±1,36	-2,297	0,023
	Yok	94	2,89±2,07		
HILL-BONE TOPLAM	Var	47	8,78±4,55	-0,912	0,364
	Yok	94	9,65±5,71		

*t : bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, **p: anlamlılık değeri

Hastalık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Hastalık Tipi Boyutu

HAÖ'nün hastalık tipi boyutuna göre yapılan analizde, bireylerin hastalıklarının başlangıcından beri en çok yaşadıkları belirtiler; baş ağrısı (%85.8), yorgunluk (%65.2), sersemlik hissi (%56.7), ağrı (%56.0) ve güç kaybı olmuştur (%48.2). Bireylerin %72.3'ü baş ağrısı, %50.4'ü yorgunluk belirtilerinin hastalıklarıyla ilgili olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Hastalık Tipi" Alt Boyutu Yanıtlarının Dağılımı

Belirtiler	Hastalığının Başlangıcından Beri Bu Belirtiyi Yaşadım				Bu Belirti Hastalığımla İlgili					
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Ağrı	79	56,0	62	44,0	59	41,8	60	42,6	22	15,6
Bogazda Yanma	19	13,5	122	86,5	13	9,2	114	80,9	14	9,9
Bulantı	63	44,7	78	55,3	44	31,2	86	61,0	11	7,8
Soluk Almada Güçlük	53	37,6	88	62,4	30	21,3	90	63,8	21	14,9
Kilo Kaybı	41	29,1	100	70,9	30	21,3	97	68,8	14	9,9
Yorgunluk	92	65,2	49	34,8	71	50,4	56	39,7	14	9,9
Eklem Sertliği	53	37,6	88	62,4	28	19,9	82	58,2	31	22,0
Gözlere Yanma	49	34,8	92	65,2	32	22,7	89	63,1	20	14,2
Hırıltılı Solunum	28	19,9	113	80,1	15	10,6	107	75,9	19	13,5
Baş ağrısı	121	85,8	20	14,2	102	72,3	25	17,7	14	9,9
Mide Yakınmaları	64	45,4	77	54,6	32	22,7	88	62,4	21	14,9
Uyku Güçlükleri	65	46,1	76	53,9	43	30,5	81	57,4	17	12,1
Sersemlik Hissi	80	56,7	61	43,3	52	36,9	63	44,7	26	18,4
Güç Kaybı	68	48,2	73	51,8	48	34,0	70	49,6	23	16,3

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları

Hipertansif bireylerin, hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun yedi alt boyutu incelendiğinde; kişisel kontrol alt boyutu en yüksek puan ortalamasına (17.34+3.58) sahiptir. Süre (akut/kronik) ve süre (döngüsel) alt boyutlarının ortalaması 12.52+3.14'dır ve en düşük puan ortalamasına sahiptir (Tablo 6).

Tablo 6. Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Hastalık Hakkındaki Görüşleri" Alt Boyutunun 7 Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Süre (Akut/Kronik)	12,52	3,14	4	18
Sonuçlar	16,73	4,10	7	28
Kişisel Kontrol	17,34	3,58	7	29
Tedavi Kontrolü	15,47	2,15	8	20
Hastalığı Anlayabilme	13,07	3,11	6	20
Süre (Döngüsel)	12,52	3,14	4	18
Duyusal Temsiller	17,21	4,87	6	30

Hastalık Nedenleri Boyutu

Çalışmada, hastalık nedenleri boyutunun tehditsel etkenler alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu ve maksimum değeri aldığı saptanmıştır. Hastalık nedenleri boyutunun ise kaza ya da şans alt boyutu puan ortalamasının en düşük olduğu ve minimum değeri aldığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Hastalık Nedenleri" Alt Boyutunun 4 Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Nedenleri	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Psikoatf	18,38	6,25	6	36
Tehditsel Etkenler	19,56	5,44	8	33
Bağışıklık	6,39	2,19	3	14
Kaza ya da Şans	3,41	1,56	2	8

TARTIŞMA

Hipertansif kriz nedeniyle acil servise başvuran bireylerin, tedaviye uyumunu ve hastalık algısını saptamak amacıyla planladığımız çalışmada hastaların hipertansiyon tedavisine uyumu yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda, HBHTUÖ puan ortalaması 9,36+5,35 olarak bulunmuştur. HBHTUÖ'den alınabilecek toplam puan ortalaması 0 ile 42 arasında değişmektedir. Çalışmada, tüm ölçekten toplam "0" puan alan birey tamamen uyumlu olarak değerlendirilmekte, sıfır dışındaki puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtmakta, toplam puan yükseldikçe uyum azalmaktadır. Sonuç olarak, örnekleme alınan hipertansif bireylerin tedavi uyumlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışmaya katılanların çoğunun ilaçlarını her gün düzenli olarak kullanmalarına bağlanabilir. Literatürde, tedavi uyumlarının yüksek olduğu saptanan çalışmalar bulunmaktadır (Aljeesh, Bottcher, M. K., Abu-El-Noor ve N. I., Abu-El-Noor, 2020; Dey, Gupta, Mutneja ve Yadav, 2020).

Nepal'in, Katmandu ilçesindeki seçilmiş birinci basamak sağlık merkezlerini ziyaret eden 282 hipertansif bireylerin katıldığı bir çalışmada, HBHTUÖ puan ortalaması 17.85±3.87 (14–56 puan aralığı) olarak (Shakya et al., 2022); Polonya'da, 150 hipertansif bireylerin katıldığı kesitsel bir çalışmada, HBHTUÖ puan ortalaması 20.39 ±4.31 (14–34 puan aralığı) olarak bulunmuştur (Chudiak, Froelicher, Rosińczuk, Uchmanowicz, B. ve Uchmanowicz, I., 2018). Bu çalışmaların HBHTUÖ puan ortalamalarının düşük olması bizim çalışma sonucu ile benzerlik göstererek tedavi uyumlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bir araştırmada hipertansif hastalarda hastalık algısı ile tedaviye uyumun bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır (Shakya et al., 2022). Ancak çalışmamızda bu ilişkiye bakılmamıştır. Uyum bağlamında sağlık inançlarını inceleyen çok sayıda modelden ikisi sağlık inanç modelidir ve planlı davranış kuramıdır. Sağlık inanç modeline göre hastaların sağlıkla ilgili bir davranışı gerçekleştirirken (örn; tedaviye uyum), bir hastalığa karşı algıladıkları duyarlılık ve hastalığın ciddiyetinin yanı sıra eylemin faydalarını da dikkate alırlar. Planlı davranış kuramına göre niyet eylemi belirler ve niyet ise tutumdan, davranış üzerinde algılanan kontrolden ve başkalarının görüşlerinden yani öznel normdan etkilenir (Ross, Walker, MacLeod, 2004).

Literatürde, bizim çalışma sonucumuz ile paralellik göstermeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kenya'da toplam 93 birey üzerinde yapılan, HBHTUÖ'nün kullanıldığı bir çalışmada ilaç uyumunun yetersiz olduğu saptanmıştır (Xiong ve ark., 2022). Antihipertansif tedavi rejimine uyumu etkileyen

prediktörleri belirlemek amacıyla Namibya'da yapılan bir çalışmada, ilaç tedavisine uyumun suboptimal düzeyde olduğu belirlenmiştir (Nashilongo ve ark., 2017). Abeasi ve arkadaşlarının (2022) belirttiği üzere Gana'da yapılan iki çalışmada antihipertansif ilaca uymama oranı %52 ile %93 arasında bulunmuştur (Abeasi ve ark., 2022). 2019'da, 600 hipertansif bireyin katıldığı bir çalışmada bireylerin yaklaşık %65'i orta ila zayıf düzeyde uyum göstermiştir (Eldessouki, Gamal ve Keryakos, 2019).

Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda yaşın uyumda fark yaratmadığı bulunmuştur. Literatürde, çalışma sonucumuz ile paralellik göstererek yaş ile uyum arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını saptayan çalışmalar yer almaktadır (Abeasi ve ark., 2022; Nashilongo ve ark., 2017). 2010'da yapılan bir çalışmada da yaş uyumda farklılık yaratmadığı halde Yunanistan'daki genç yetişkinlerin hastalığı kabul etme ve tedaviye uyumda daha fazla zorlandığı görülmüştür (Koulierakis, Kyriopoulos, Pantzou, Pavi ve Tsiantou, 2010). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak yaşa göre uyum düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Eldessouki ve ark., 2019; Hu, Li, Pan ve Yu, 2022). HBHTUÖ skorunun yaş ile pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (Mutneja ve ark., 2020; Uchmanowicz ve ark., 2018). İki farklı çalışmada, yaşlı bireylerin tedaviye uyumlu olma olasılığının genç bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Ross ve ark., 2004; Soósová ve ark., 2022). Yaş ile uyum arasında ters bir oranın olduğunu gösteren bir çalışma daha bulunmaktadır (Mamaghani ve ark., 2020).

Çalışmada, cinsiyetin ilaç uyumu ölçek puan ortalamalarında farklılık yaratmadığı görülmüştür. Bizim çalışma sonucumuzu destekleyen Yunanistan'da yapılan bir çalışmada cinsiyete göre tedaviye uyum arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (Tsiantou ve ark., 2010) ancak bizim çalışmamızdan farklı sonuç göstererek cinsiyetin, ilaç uyumunu etkilediğini saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (Eldessouki ve ark., 2019; Oseni ve ark., 2021). Literatürde, erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek uyum gösteren çalışmalar saptanmıştır (Chia ve ark., 2021; Pan ve ark., 2021; Ross ve ark., 2004). Bazı çalışmaların sonucunda ise erkek cinsiyetin, kadın cinsiyete göre daha yüksek oranda uyumun belirleyicisi olduğu bulunmuştur (Parová, Rimárová, Soósová ve Suchanová, 2022; Uchmanowicz ve ark., 2018). Tayvan'da hipertansif bireylerin (n=118) ilaç uyumunda cinsiyet farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan longitudinal bir izlem çalışmasında, erkekler kadınlardan daha çok uyum göstermiştir (Chen ve ark., 2014).

Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında BKİ'nin, ilaç uyumlarını anlamlı olarak etkilediği sonucuna varılmıştır (Gün ve Korkmaz, 2014). Bizim çalışmamızda da BKİ'nin, ilaç uyumlarını anlamlı olarak etkilediği bulunmuş; BKİ arttıkça,

medikal alt boyutu ve Hill-Bone toplam ölçek puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Puanın yüksek olması uyumun az olduğu anlamına geldiğinden, BKİ'si daha yüksek bireylerin ilaca uyumunun daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Uchmanowicz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da HBHTUÖ puanının BKİ ile ters ilişkili olduğu saptanmıştır (Uchmanowicz ve ark., 2018).

Yapılan analizler sonucunda çalışmamızda medeni durumun, ilaç uyumu ile anlamlı olmadığı ve ölçek puan ortalamalarında farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Literatürde ise çalışmamız ile benzer sonuç göstermeyen bir çalışma bulunmaktadır. Oseni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olma ile ilaç uyumunda farklılık yarattığı gözlemlenmiştir (Oseni ve ark., 2021).

Başka bir araştırmada da eşi veya partneri ile yaşayanlarda, tedavi uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum ile hipertansif bireylerin, eşleri veya partnerlerinden aldıkları destek ile sağlıklarına daha fazla dikkat edebileceği düşünülmektedir (Uchmanowicz ve ark., 2018). Gün ve Korkmaz'ın (2014) yaptığı çalışmada ise bekâr olan bireylerin toplam uyum puanının, evli olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gün ve Korkmaz, 2014).

Eğitim düzeyinin, ilaç uyumunda anlamlı farklılık yarattığını belirten çalışmalar yapılmıştır (Eldessouki ve ark., 2019; Godi, Nakwafila, Mashamba-Thompson ve Sartorius, 2022). Diğer bir çalışmada ise eğitim düzeyinin ilaç uyumunda bir farklılık yaratmadığı belirtilmektedir (Soósová, Suchanová, Parová, Rimárová, 2022). Bu çalışmada eğitim düzeyinin, sadece görüşme alt boyutu ölçek puan ortalamasında anlamlı olarak farklılık yarattığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça, görüşme alt boyutu ölçek puan ortalaması artmaktadır. Puanın yüksek olması uyumun az olduğu anlamına geldiğinden, yani eğitim arttıkça uyumun azaldığı; eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin görüşme alt boyutunda HT'de ilaç tedavisine uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan eğitim düzeyi düşük bireylerde, uyum puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Böylece ilaç uyumunun, eğitim düzeyi ile negatif bir ilişki gösterdiği saptanmıştır (Al-daken ve Eshah, 2017; Chia ve ark., 2021). Yapılan bazı çalışmalarda ilaç uyumunun, eğitim düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Abeasi ve ark., 2022; Uchmanowicz ve ark., 2018). Eğitim düzeyinin, antihipertansif ilaç uyumunu etkilemediği sonucu da bulunmuştur (Nashilongo ve ark., 2017).

Çalışmamızda, meslek gruplarına göre ilaç uyumunun anlamlı olarak etkilenmediği ve ölçek puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. Literatürde, çalışmamızla benzer sonuçları olan çalışmalar saptanmıştır. Slovakya'da, meslek grupları ile ilaç uyumunun anlamlı olmadığını gösteren çalışma yapılmıştır (Soósová ve ark., 2022). 2017'de yapılan bir çalışmada da bireylerin çalışma durumuna göre ilaç uyumu arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (Nashilongo ve ark.,

2017). Ayrıca meslek gruplarına ve ekonomik durumuna göre ilaç uyumu arasında pozitif yönde anlamlı bir farklılık yarattığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (Abeasi ve ark., 2022; Mamaghani ve ark., 2020; MacLeod, Ross ve Walker, 2004).

Oseni ve ark. (2021) yaptığı çalışmada daha düşük gelir düşük ilaç uyumu ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Oseni ve ark., 2021). Yapılan başka bir çalışmada ise, işsizlerde ilaç uyumunun daha yüksek olduğu ve meslek grupları ve ekonomik durumuna göre uyumda ters yönde bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Al-daken ve Eshah, 2017). Oysa ki başka bir çalışmada gelir düzeyinin ilaç uyumunda farklılık yaratmadığı bulunmuştur (Soósová ve ark., 2022).

Mert ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında zararlı alışkanlıklar ve tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır (Mert, Özçakar ve Kuruoğlu, 2011). Çalışmamızda da zararlı alışkanlıkların tedavi uyumunu etkilemediği görülerek Mert ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bu çalışma ile benzer sonuç göstermiştir.

Çalışmamızda, yakınlarında HT nedeniyle ölen/sakat kalan birey olma durumuna göre HBHUÖ'de sadece görüşme alt boyutu puan ortalaması etkilenmiştir. Yakınlarında HT nedeniyle ölen/sakat kalan birey bulunan hipertansif bireylerin, görüşme alt boyutu ölçek puan ortalaması yakınlarında HT nedeniyle ölen/sakat kalan birey bulunmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Puanın yüksek olması uyumun az olduğu anlamına geldiğinden, yakınlarında HT nedeniyle ölen/sakat kalan birey bulunan hipertansif bireylerin, görüşme alt boyutundaki ilaç tedavisine uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bizim çalışma sonucunu destekleyecek çalışmalar bulunmamaktadır.

Literatürde, hipertansif bireylerin en çok baş ağrısı belirtisini yaşadığı ve çoğunluğunun baş ağrısı belirtisinin hastalıklarıyla ilgili olduğu bulunmuştur (Acehan, 2010; Shakya ve ark., 2020). Başka çalışmalarda baş ağrısı belirtisinden sonra bireyler en çok baş dönmesi, uyku bozukluğu belirtilerini yaşamış ve çoğunluğu baş ağrısı, baş dönmesi belirtilerinin hastalıklarıyla ilgili olduğunu ifade etmiştir (Lo ve ark., 2016; Yeom, 2021). 2016'da yapılan bir çalışmada ise eklem sertliği ve göz ağrısı belirtilerinin de hipertansiyonu oldukça etkilediği görülmüş ancak çalışmaya katılanların yarısından azı bu belirtileri hastalıklarıyla ilişkilendirmiştir (Lo ve ark., 2016).

Hastalık algısı düzeylerini belirlemek amacıyla, revize Çin hastalık algısı ölçeği kullanılarak, en az üç yıldır kırsal kesimde yaşayan hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada 27 katılımcı hiçbir semptom algısı bildirmemiştir. Katılımcılarda en sık görülen semptomlar baş dönmesi (%29), taşikardi (%26), bulanık görme (%19), gözde ağrı (%21), uyku güçlüğü (%16), baş ağrısı (%17) ve unutkanlık (%15) olarak bulunmuştur (Huang, Yang, Zhou ve Winslow, 2020).

Çalışmamızda ise diğer çalışmalardan farklı olarak bireyler, hastalıklarının başlangıcından beri en çok baş ağrısı, yorgunluk, sersemlik hissi, ağrı ve güç kaybı belirtilerini yaşadıklarını ve bu belirtilerinin hastalıklarıyla ilgili olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda, hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasının en yüksek, süre (akut/kronik) ve süre (döngüsel) alt boyutları puan ortalamasının ise en düşük puanları aldığı sonucuna varılmıştır. Literatürde, çalışma sonuçlarımızla hem benzer hem farklı sonuçlar gösteren çalışmalar yer almaktadır. 2020'de yapılmış bir çalışmada bireyler süre (akut/kronik), tedavi kontrolü ve kişisel kontrol alt boyutlarında aldığı yüksek puanlar ile HT'yi ömür boyu devam eden kronik bir hastalık olarak algılamışlardır. Bireyler tıbbi tedavi ve kişisel davranış ile hipertansiyonlarını kontrol altına alabileceğine inanmışlardır (Shakya ve ark., 2020).

Kırsal kesimdeki Çinli yetişkinlerle yapılan bir çalışmada süre (akut/kronik) ve kontrol alt boyutlarının en yüksek puan ortalamasını alması ile HT'nin bireysel ve profesyonel tedavi çabalarıyla kontrol altında tutulabilecek kronik bir hastalık olduğu sonucuna varılmıştır (Yang ve ark., 2020). Yapılan bu çalışmaların ve bizim çalışmanın sonuçlarında, kişisel kontrol alt boyutları puan ortalamaları ile benzerlikler, süre (akut/kronik) alt boyutları puan ortalamaları ile farklılıklar bulunmuştur.

Orta Etiyopya'da yapılan bir çalışmada süre (döngüsel) alt boyutunun en düşük, sonuçlar alt boyutunun en yüksek puan ortalamasını alması, bireylerin hayatları boyunca hipertansiyonun daha az etkili olduğuna inandıkları için kendi çaba ve tıbbi tedavi yoluyla kontrol altına alınabileceği sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra bireyler hastalıklarının hem daha iyi bildiklerini hem de hastalıklarından dolayı daha az negatif duygular hissettiklerini belirtmişlerdir (Berhane, G/Tsadik ve Worku, 2020). G/Tsadik ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ve bizim çalışma sonucunun, süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalaması ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Lo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise süre (akut/kronik) alt boyutunun fazla puan ve süre (döngüsel) alt boyutunun az puan alması, hipertansiyonun kronik olarak algılanmasının yanında zamanla daha istikrarlı olduğu sonucuna varılmıştır (Lo ve ark., 2016). Bu çalışma ve bizim çalışma sonucu, süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalaması ile benzerlik, süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalaması ile farklılık göstermiştir.

2009'da yapılan bir çalışmada ise süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü alt boyutlarının ardından kişisel kontrol alt boyutu en fazla puanı almıştır. Süre (döngüsel), sonuç ve duygusal temsil alt boyutları en az puanı almıştır (Chen ve ark., 2009). Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ve bizim çalışma sonucu, süre (döngüsel) ve kişisel kontrol alt boyutları puan

ortalamaları ile benzerlik, süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalaması ile farklılık göstermiştir.

Araştırmamızda, hastalık nedenleri alt boyutlarından en çok puan ortalamasını tehditsel (sigara, alkol, yaşlanma vb.) ve en az puan ortalamasını kaza ya da şans (şans/kötü talih, kaza/yaralanma) alt boyutları almıştır. Yani hastalık nedenleri alt boyutlarından en çok tehditsel ve en az kaza ya da şans alt boyutlarının etkilediği bulunmuştur. Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin çoğunluğu, hastalıklarına psikoatıf ve tehditsel etkenlerin sebep olduğunu düşünmüştür (Chen ve ark., 2009) ve bizim çalışma sonucu olan, hastalık nedenlerinin tehditsel etkenleri alt boyutu puan ortalaması ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Marshall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansiyonun temel sebepleri arasında stres, diyet-yemek alışkanlığı, fazla kilolu olmak, aile öyküsü ve alkol yer almıştır. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu, stresin doğrudan kan basıncını arttırdığını ifade etmiştir (Marshall ve ark., 2012). Bizim ve Marshall ve arkadaşlarının, çalışması sonucunda, sadece tehditsel etkenlerden alkolün hipertansiyonu en çok etkileyen sebeplerden olması ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur.

Literatürde, farklı sonuçların da elde edildiği çalışmalar yer almaktadır. Nagpal ve Padhy' nin çalışmasında hipertansiyonun nedenleri arasından en çok psikoatıf etkenlerden stres, endişe ve tehditsel etkenlerden genetiğin etkilediği; en az ise tehditsel etkenlerden sigara ve alkolün etkilediği sonucuna varılmıştır (Nagpal ve Padhy, 2015).

Lo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bireylerin çoğunluğu, hipertansiyonlarına sebep olan psikoatıf ve tehditsel etkenlerin arasından yaşlanmak ve olumsuz duyguların olduğunu düşünmüş, sırasıyla en çok diyet veya yeme alışkanlıklarını, stres veya endişeleri, yoğun çalışma ve aile problemlerinin hastalıklarını etkileyen diğer faktörler arasında olduğunu; bireylerin çok azı ise hastalıklarına neden olan kalıtsal faktörler, mikrop veya virüs, şans veya kötü şans, kişisel davranışlar, tutumlar, alkol tüketimi, sigara, kaza veya yaralanma, bağışıklık gibi tüm etkenlere bağlı olduğunu belirtmiştir (Lo ve ark., 2016). Bir çalışmada hipertansif hastalarda algılanan yararın ilaç uyumu ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Hipertansiyon uzun süre devam eden bir hastalıktır ve hastalar ilaç almanın hastalığını iyileştirdiğine inanmayabilirler (Suhat, Suwandono, Adi, and Wahyuni, 2022). Rajpura ve Nayak' ın yaşlı hipertansif bireylerde (n=117) yaptığı çalışmada bireylerin %49.1'inin görüşlerine göre stress hipertansiyonun primer sebebidir ve bunu yaşam stili (% 43.8) ve kalıtım (% 7.1) izlemektedir (Rajpura ve Nayak, 2014a).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda HBHTUÖ' ye göre tedavi uyumlarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Hipertansif bireylerin hastalıklarının başlangıcından beri en çok yaşadıkları

belirtilerin; baş ağrısı (%85.8), yorgunluk (%65.2), sersemlik hissi (%56.7), ağrı (%56.0) ve güç kaybı (%48.2) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmamız sonucunda, hipertansiyona sahip özellikle kadın bireylerde; BKİ değerlerinin normal düzeyde olması gerektiği, kan basınçlarının optimal düzeyde olması ve daha sık aralıklarla ölçülmesi gerektiği, hipertansiyon tedavilerinin düzenli olarak kullanılması, hedeflenen yüksek tedavi uyumunun ve pozitif hastalık algısı öneminin farkındalığı kazandırılmıştır.

Hipertansif bireylere, yüksek uyum ve pozitif hastalık algılarının oluşturulması için hastalıkları hakkında aileleri/yakınları, sağlık profesyonelleri destek olmalıdır. Bireylerin düzenli olarak hekim randevularına gitmeleri, randevularını kaçırmamaları sağlanmalı ve tedavilerini doğru ve eksiksiz bir şekilde uygulamaları sağlanmalıdır. Türkiye'de, hipertansif bireylerin ilaçlarına az maliyetle ve sağlık kuruluşları hizmetlerine daha rahat ulaşabilmelerine, hipertansiyon komplikasyonlarının ve acil servislere hipertansif krizle başvuran birey sayısı yoğunluğunun azaltılmasına yönelik daha çok araştırmalar yapılmalı, yeni politikalar bulunmalı ve uygulanmalıdır. Evde hipertansiyon tedavisine uyum destek sistemlerinin kurulması, antihipertansif tedavilerinin önemine yönelik kamu spotlarının artırılması ve "tedaviye uyumunu motive eden/engellenen etmenleri açıklamayı sağlayan etkin bir ölçüm aracı olduğu için" sağlık inanç modeline uyarlanarak tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abeasi, D., Abugri, D., Akumiah, P. (2022). Predictors of medication adherence among adults with hypertension in Ghana, *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(1), 23-32. Retrieved from: <https://doi.org/10.32598/JCCNC.8.1.396.1>
2. Abu-El-Noor, N., Aljeesh, Y., Bottcher, B., Abu-El-Noor, K. (2020). Assessing barriers to and level of adherence to hypertension therapy among palestinians living in the Gaza Strip: a chance for policy innovatio, *Hindawi International Journal of Hypertension*, s. 12. Retrieved from: <https://doi.org/10.1155/2020/7650915>
3. Acehan, O. (2010). Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi (Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi). Retrieved from: <http://libratez.cu.edu.tr/tezler/7758.pdf>
4. Al-daken, L., Eshah, N. (2017). Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension, *Clinical and Experimental Hypertension*, 39(3), 264-270. doi:10.1080/10641963.2016.1247164
5. Arıkan, A., Aydın, A., Ekerbiçer, H., Karaaytaç, R., Zeytinoğlu, Y., Muratdağı, G., ... Kurban, A. (2020). Hipertansiyon tanısı olan hastaların hastalıkları hakkındaki

- bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörler, *Sakarya Tıp Dergisi*, 10, 33-40. doi:10.31832/smj.745870
6. Brody, A. M., Miller, J., Polevoy, R., Nakhle, A., ve Levy, D. P. (2018). Institutional pathways to improve care of patients with elevated blood pressure in the emergency department. *Current Hypertension Reports*, 20(30), s.7. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0831-9>
 7. Chen, S-L., Lee, W-L., Liang, T., ve Liao, I-C. (2014). Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2031–2040. doi: 10.1111/jan.12361
 8. Chen, S-L., Tsai, J-C. ve Chou, K-R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235–245. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.005>
 9. Chen, S-L., Tsai, J-C. ve Lee, W-L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2234–2244. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x
 10. Chia, Y., Devaraj, N., Ching, S., Hassan, H. (2021). Relationship of an adherence score with blood pressure control status among patients with hypertension and their determinants: Findings from a nationwide blood pressure screening program, *J Clin Hypertens*, 23, 638–645. doi:10.1111/jch.14212.
 11. Dehmer, S., Baker-Goering, M., Maciosek, M., Hong, Y., Kottke, T., Margolis, K., ... Roy, K. (2016). Modeled health and economic impact of team-based care for hypertension, *American Journal of Preventive Medicine*, 50(S1), S34-S44. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.01.027>
 12. Eldessouki, K., Keryakos, H., Gamal, L. (2019). The influence of the patient health knowledge and management compliance on the health-related quality of life of hypertensive patients in Mallawy center Minia governorate, *MJMR*, 30(2), 51-63.
 13. Grossman, E., Nadler, M., Shrarabi, Y., Shamiss, A. (2005). Antianxiety treatment in patients with excessive hypertension, *American Journal of Hypertension*, 18(9), 1174-1177. doi: 10.1016/j.amjhyper.2005.03.728
 14. G/Tsadik, D., Berhane, Y., Worku, A. (2020). Adherence to antihypertensive treatment and associated factors in central Ethiopia, *Hindawi International Journal of Hypertension*, s.10. Retrieved from: <https://doi.org/10.1155/2020/9540810>
 15. Gün, Y., Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi, *DEUHYO ED* 2014, 7 (2), 98-108. Retrieved from: <http://www.deuhyoedergi.org>
 16. Himmelfarb, C., Commodore-Mensah, Y., Hill, N. (2016). Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally, *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
 17. Hsiao, C., Chang, C., Chen, C. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients, *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28, 442-447. doi:10.1016/j.kjms.2012.02.015
 18. Iyalomhe, G., Iyalomhe, S. (2010). Hypertension-related knowledge, attitudes and life-style practices among hypertensive patients in a sub-urban Nigerian community, *Journal of Public Health and Epidemiology*, 2(4), 71-77. Retrieved from: <http://www.academicjournals.org/jphe>
 19. Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, I., Mazur, G. (2016). Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension, *Patient Preference and Adherence*, 10, 2437–2447. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S117269>
 20. Karademir, M., Koseoglu, I., Vatansever, K., Van Den Akker, M. (2009). Validity and reliability of the Turkish version of the Hill–Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *The European Journal of General Practice*, 15(4), 207–211. doi:10.3109/13814780903452150.
 21. Kim, W., Kim, B., Kim, H., Lee, J., Shin, J., Shin, J. (2022). Clinical implications of cardiac troponin-I in patients with hypertensive crisis visiting the emergency department, *Annals of Medicine*, 54(1), 507–515. doi:10.1080/07853890.2022.2034934.
 22. Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarılmasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271-280.
 23. Kotruchin, P., Mitsungnern, T., Ruangsaisong, R., Imoun, S., Pongchaiyakul, C. (2018). Hypertensive urgency treatment and outcomes in a northeast thai population: the results from the hypertension registry program, *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 25, 309–315. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s40292-018-0272-1>
 24. Leiba, A., Cohen-Arazi, O., Mendel, L., Holtzman, E., Grossman, E. (2016). Incidence, aetiology and mortality secondary to hypertensive emergencies in a large-scale referral centre in Israel (1991-2010), *Journal of Human Hypertension*, 30, 498-502. doi:10.1038/jhh.2015.115
 25. Leventhal, H., Phillips L., Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management, *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 935–946. doi:10.1007/s10865-016-9782-2.

26. Lo, S., Chau, J., Woo, J., Thompson, D., Choi, K. (2016). Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 296-303. doi:10.1097/JCN.0000000000000251
27. Maloberti, A., Cassano, G., Capsoni, N., Gheda, S., Magni, G., Azin, G., ... Giannattasio, C. (2018). Therapeutic approach to hypertension urgencies and emergencies in the emergency room, *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 25, 177-189. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s40292-018-0261-4>
28. Mamaghani, E., Hasanpoor, E., Soleimani, F. (2020). Barriers to medication adherence among hypertensive patients in deprived rural areas, *Ethiopian J Health Sci*, 30(1), 85-94. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30i1.11>.
29. Marshall, I., Wolfe, C., McKeivitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research, *BMJ*, 344, s.16. doi:10.1136/bmj.e3953
30. Mert, H., Özçakar, N., Kuruoğlu, E. (2011). A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension, *Türk Aile Hek Derg*, 15 (1), 7-51. doi:10.2399/tahd.11.007.
31. Morrissey, E., Casey, M., Glynn, L., Walsh, J., Molloy, G. (2018). Smartphone apps for improving medication adherence in hypertension: patients' perspectives, *Patient Preference and Adherence*, 12, 813-822. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S145647>
32. Moss-Morris, R., Weinman J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ- R), *Psychology and Health*, 17(1), s.16. doi:10.1080/08870440290001494.
33. Mutneja, E., Yadav, R., Dey, A., Gupta, P. (2020). Frequency and predictors of compliance among patients taking antihypertensive medicines, *Indian Heart Journal*, 72(2), 136-139. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2020.03.008>
34. Nagpal, A., Padhy, M. (2015). Dynamics of perception of illness along time among hypertensive patients: Influence on well-being, *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(9), 836-841. Retrieved from: http://www.iahrw.com/index.php/home/journal_detail/19#list
35. Nakwafila, O., Mashamba-Thompson, T., Godi, A., Sartorius, B. (2022). A Cross-sectional study on hypertension medication adherence in a high-burden region in Namibia: exploring hypertension interventions and validation of the Namibia hill-bone compliance scale, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(4416), 2-13. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074416>
36. Nashilongo, M., Singu, B., Kalemeera, F., Mubita, M., Naikaku, E., Baker, A., ... Kibuule, D. (2017). Assessing adherence to antihypertensive therapy in primary health care in Namibia: findings and implications, *Cardiovascular Drugs and Therapy*, 31, 565-578. doi:10.1007/s10557-017-6756-8.
37. Osamor, P., Owumi, B. (2011). Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria, *J Health Popul Nutr.*, 29(6), 619-628. ISSN 1606-0997
38. Oseni, T., Affusim, C., Salam, T., Dele-Ojo, B., Ahmed, S., Edeawe, I., Suleiman, B. (2021). Factors affecting medication adherence in patients with hypertension attending a tertiary hospital in Southern Nigeria, *Nigerian Journal of Family Practice*, 12(3), 53-62. Retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/359083262>
39. Özpancar, N. (2016). Hipertansiyonda kanita dayalı bakım uygulamaları, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 2-11. doi:10.5543/khd.2016.96268.
40. Paini, A., Aggiusti, C., Bertacchini, F., Rosei, C., Maruelli, G., Arnoldi, C. ... Salvetti, M. (2018). Definitions and epidemiological aspects of hypertensive urgencies and emergencies, *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 25, 241-244. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s40292-018-0263-2>
41. Pan, J., Hu, B., Wu, L., Li, Y. (2021). The effect of social support on treatment adherence in hypertension in China. *Patient Prefer Adherence*, 15, 1953-1961. Retrieved from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S325793>
42. Pan, J., Yu, H., Hu, B., Li, Q. (2022). Urban-rural difference in treatment adherence of Chinese hypertensive patients, *Patient Preference and Adherence*, 16, 2125-2133. Retrieved from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S377203>
43. Pierin, A., Flórido, C., Santos, J. (2019). Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department, *Einstein (São Paulo)*, 17(4), s.8. doi: 10.31744/einstein_journal/2019AO4685
44. Qiao, X., Tian, X., Liu, N., Dong, L., Jin, Y., Si, H., ... Wang, C. (2020). The association between frailty and medication adherence among community-dwelling older adults with chronic diseases: Medication beliefs acting as mediators, *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2548-2554. doi:10.1016/j.pec.2020.05.013.
45. Rajpura, J., Nayak, R. (2014a). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perception treatment beliefs, and illness burden, *Journal of managed care pharmacy: JMCP*, 19(1), 58-65. Retrieved from: www.amcp.org
46. Rajpura, J., Nayak, R. (2014b). Role of illness perceptions and medication beliefs on medication compliance of elderly

- hypertensive cohorts, *Journal of Pharmacy Practice*, 27(1). doi: 19-24. 10.1177/0897190013493806.
47. Rodriguez, M., Kumar, S., Caro, M. (2010). Hypertensive Crisis, *Cardiology in Review*, 18, 102-107. doi: 10.1097/CRD.0b013e3181c307b7
 48. Ross, S., Walker, A., MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs, *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607-613. doi: 10.1038/sj.jhh.1001721.
 49. Salkić, S., Batic-Mujanovic, O., Ljuca, F., Brkic, S. (2014). Clinical presentation of hypertensive crises in emergency medical services, *Mater Sociomed*, 26(1), 12-16. 10.1038/jhh.2015.86. doi:10.5455/msm.2014.26.12-16
 50. [Shakya, R., Shrestha, S., Gautam, R., Rai, L., Maharjan, S., Satyal, G., Bhuvan, K., Rai, M. \(2020\).](#) Perceived illness and treatment adherence to hypertension among patients attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal, *Patient Preference and Adherence*, 14, 2287-2300. Retrieved from: <http://doi.org/10.2147/PPA.S270786>
 51. Shakya, R., Shrestha, R., Shrestha, S., Sapkota, P., Gautam, R., Rai, L., ... Paudyal, V. (2022). Translation, cultural adaptation and validation of the Hill Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale to nepalese language, *Patient Preference and Adherence*, 16, 957-970. Retrieved from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S349760>
 52. Shao, P., Sawe, H., Murray, B., Mfinanga, J., Mwafongo, V., Runyon, M. (2018). Profile of patients with hypertensive urgency and emergency presenting to an urban emergency department of a tertiary referral hospital in Tanzania, *BMC Cardiovasc Disorders*, 18(158), s.7. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0895-0>
 53. Sigit, F., de Mutsert, R., Lamb, H., Meuleman, Y., Kaptein, A. (2021). Illness perceptions and health-related quality of life in individuals with overweight and obesit, *International Journal of Obesity*, 46, 417-426. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41366-021-01014-x>
 54. Soósová, M., Suchanová, R., Parová, V., Rimárová, K. (2022). Association between illness perception and adherence to treatment in Slovak patients with hypertension a cross-sectional study, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 0(0), s.10. doi:10.1097/JCN.0000000000000913.
 55. Souliotis, K., Giannouchos, T., Golna, V., Liberopoulos, E. (2022). Assessing forgetfulness and polypharmacy and their impact on health-related quality of life among patients with hypertension and dyslipidemia in Greece during the COVID-19 pandemic, *Quality of Life Research*, 31, 193-204. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02917-y>
 56. Suhat, S., Suwandono, A., Adi, M., and Wahyuni, C. (2022). Relationship of health belief model with medication adherence and risk factor prevention in hypertension patients in Cimahi city, Indonesia, 12(2), 51-56. doi:10.22038/EBCJ.2022.64141.2664
 57. Tsiantou, V., Pantzou, P., Pavi, E., Koulierakis, G., Kyriopoulos, J. (2010). Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study, *Patient Preference and Adherence*, 4, 335-343. doi: 10.2147/PPA.S12326
 58. Tümer, A., Subaşı, Baybuğa, M., Dereli, F., Demir, Uysal, D. (2016). Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 105-113. doi: 10.5543/khd.2016.58077
 59. Uchmanowicz, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Rosińczuk, J., Froelicher, E. (2018). Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension, *Clinical Interventions in Aging*, 13, 2425-2441. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S182881>
 60. Wallbach, M., Lach, N., Stok, J., Hiller, H., Mavropoulou, E., Chavanon, M. ... Koziolok, M. (2018). Direct assessment of adherence and drug interactions in patients with hypertensive crisis-A cross-sectional study in the Emergency Department, *J Clin Hipertansiyon*, 21, 55-63. doi:10.1111/jch.13448
 61. Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness, *Psychology and Health*, 11, 431-445.
 62. World Health Organization. (2022,10 Ekim). Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1
 63. Xiong, S., Peoples, N., Østbye, T., Olsen, M., Zhong, X., Wainaina, C., ... Yan, L. (2022). Family support and medication adherence among residents with hypertension in informal settlements of Nairobi, Kenya: a mixed-method study, *Journal of Human Hypertension*, s. 6. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00656-2>
 64. Yang, L., Winslow, B., Huang, J., Zhou, N. (2020). Study on illness perceptions of Chinese rural-dwelling adults with hypertension: A descriptive study, *Public Health Nurs*, 38, 22-31. doi:10.1111/phn.12817
 65. Yeom, H. (2021). Causal beliefs about hypertension and self-care behaviour in Korean patients, *Australian College of Nursing*, 28(1), 48-56. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.04.007>
 66. Yousefabadi, S., Arbabshastan, M., Sarani, A., Rigi, K. (2018). Why medication adherence in hypertensive patients? *Drug Invention Today*, 10(5), 651-658. ISSN: 0975-7619