

**T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**HİPERTANSİYONDA ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİĞİN AİLE
İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN GRUPLAR ARASI İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yağmur TİMURHAN

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

MART 2022

**T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**HİPERTANSİYONDA ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİĞİN AİLE
İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN GRUPLAR ARASI İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Yağmur TİMURHAN
(181287003)**

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatma Yeşim CAN

MART 2021



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 181287003 numaralı öğrencisi Yağmur Timurhan'ın "Hipertansiyonda Anksiyete ve Dürtüselliğin Aile İlişkileri Üzerine Etkisinin Gruplar Arası İncelenmesi " adlı tez çalışması, 27.04.2022 tarihinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile kabul almıştır.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

- 1) Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatma Yeşim CAN**
- 2) Jüri Üyesi: Dr. Öğr Üyesi Nurgül YAVUZER**
- 3) Jüri Üyesi: Doç. Dr. Selime ÇELİKER**

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hipertansiyonda Anksiyete ve Dürtüsellik Aile İlişkileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (03/03/2022)

Yağmur TİMURHAN



ÖNSÖZ

Yaptığım çalışmanın alanımıza katkı sağlamasını diliyorum. Bu çalışmada yanımda olan herkese çok teşekkür ederim.

İlk olarak, her zaman beni destekleyen, ellerini her zaman elimde hissettiğim, şefkatlerini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anne ve babam; Derya ve Mehmet Ali TİMURHAN'a sınımsızca teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen ve bana büyük yardımı dokunan Doç. Dr. Fatma Yeşim CAN hocama teşekkür ederim.

Uzun yıllar boyunca yanımda olan, dosttan öte, zorlandığım her anda beni pozitif enerjisi ile motive eden sevgili Mehmet Emre DEVECİ'ye tüm kalbimle teşekkür ederim.

Mart 2022

Yağmur TİMURHAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
ÇİZELGE LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırmanın Önemi	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hipertansiyon	6
2.1.1 Hipertansiyonun tanımı	6
2.1.2. Hipertansiyonun nedenleri	7
2.1.2.1. Birincil hipertansiyon	7
2.1.2.2. İkincil hipertansiyon.....	8
2.1.3. Hipertansiyon ile ilgili yapılan çalışmalar	8
2.1.3.4. Hipertansiyonun tedavisi.....	9
2.1.5. Hipertansiyonun risk faktörleri	10
2.2. Anksiyete	11
2.2.1. Anksiyete bozukluğunun tanımı	11
2.2.2. Anksiyete bozukluğuna eşlik eden rahatsızlıklar	13
2.2.3. Anksiyete bozukluğunun etiyolojisi	15
2.2.4. Anksiyete bozukluğunun tedavisi	16
2.3. Dürtüsellik	17
2.3.1. Dürtüsellik tanımı	17
2.3.2. Dürtüsellik semptomları	20
2.3.3. Dürtüsellik eşlik eden rahatsızlıklar	20
2.4. Aile İlişkileri.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırma Yöntemi	24
3.2. Örneklem	24
3.3. Veri Toplama Araçları.....	26
3.3.1. Demografik veri formu	27
3.3.2. Beck anksiyete ölçeği	27
3.3.3. Yenilenmiş çift uyum ölçeği	28
3.3.4. Berratt dürtüsellik ölçeği	28
3.4. Verilerin Analizi	28
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	41

KAYNAKLAR	46
EKLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



KISALTMALAR

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LGBTQ	: Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transseksüel veya Travesti, Querr
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk



ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa
Çizelge 3.1: Kontrol Grubu Katılımcıları ile İlgili Sosyodemografik Değişkenler... 25	
Çizelge 3.2: Deney Grubu Katılımcıları İle İlgili Sosyodemografik Değişkenler 26	
Çizelge 3.3: Kontrol Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=100)..... 29	
Çizelge 3.4: Deney Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=100)..... 30	
Çizelge 4.1: Kontrol Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları (n=100) 31	
Çizelge 4.2: Deney Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları (n=100) 33	
Çizelge 4.3: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Deney ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılması 35	
Çizelge 4.4: Deney Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması 36	
Çizelge 4.5: Deney Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması 37	
Çizelge 4.6: Deney Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması 38	
Çizelge 4.7: Deney Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması 39	
Çizelge 4.8: Deney Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması 40	

HİPERTANSİYONDA ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİĞİN AİLE İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN GRUPLAR ARASI İNCELENMESİ

ÖZET

değerleri $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca Skewness ve Kurtosis değerlerinin hatalarına bölümlerinin $\pm 1,96$ arasında değiştiği saptanmıştır. Bundan dolayı ölçek/anket puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için nonparametrik testlerden Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek/test ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda **Amaç:** Hipertansiyonun büyük çoğunluğuna stres eşlik etmektedir ve bu stresin yaratmış olduğu kaygı, tansiyonun yükselmesine sebebiyet verir ve kaygı da dürtüsel davranışlara yol açabilmektedir. Bu dürtüsel davranışların sonucu aile ilişkilerini incelemek, bu çalışmada önemli bir rol oynamıştır. Bu araştırmada hipertansiyonda anksiyetenin dürtüsellik ile olan ilişkisinin, aile ilişkileri üzerine etkisine bakılmıştır. Araştırmalara göre hipertansiyona sahip bireylerin çoğunluğunu göz önünde bulundurduğumuzda dürtüsel davranışların da olduğu gözlemlenmektedir. Bu araştırmanın amacı, tansiyon hastalarının anksiyetesi ve dürtüselligi ne düzeyde olduğu ve ne ile ilişkili olabileceği ve bunun aile ilişkileri üzerine etkisi araştırılmıştır. Ege bölgesindeki bir grup hipertansiyon hastasıyla yapılmış olan bu araştırma, Muğla ilinin Bodrum ilçesindeki tansiyon hastalarının, anksiyete ve dürtüsellikle ilişkisinin var olup olmadığını araştırmak ve aile ilişkilerini incelemek, daha önce yapılmamış bir çalışma olup, o bölgedeki halkın bilinçlenmesi ve bundan sonra yapılacak çalışmalarda bir örnek teşkil etmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kontrol ve deney grubuna, dürtüsellik ve anksiyetenin ve aile ilişkilerine üzerine etkisini araştırmak üzere dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Bu bölümler; gönüllülerin demografik özelliklerini belirlemek üzere Sosyo-Demografik Form, anksiyete seviyelerini belirlemek üzere Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), dürtüsellik seviyelerini belirlemek üzere Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu (BIS-11) ve aile ilişkilerinin incelenmesi için de Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir. Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-Hoc testi yapılmıştır. Varyansın homojen dağılmaması ve örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı Games-Howell Post-Hoc testi seçilmiştir. $p < 0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuç: Yapılan çalışmanın sonucunda hipertansiyon hastası bireylerde anksiyete, çift uyumu ve dürtüsellik düzeylerine etki eden değişkenler incelenmiş ve ilgili kavramlar arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.

Anahtar kelimeler: *Anksiyete, dürtüsellik, hipertansiyon, aile ilişkileri*

A CROSS-GROUP INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF ANXIETY AND IMPULSIVITY ON FAMILY RELATIONS IN HYPERTENSION

ABSTRACT

Aim: The majority of hypertension is accompanied by stress, and the anxiety caused by this stress causes blood pressure to rise, and anxiety can lead to impulsive behaviors. Examining family relationships as a result of these impulsive behaviors played an important role in this study. In this study, the effect of the relationship between anxiety and impulsivity in hypertension on family relationships was examined. According to studies, when we consider the majority of individuals with hypertension, it is observed that there are also impulsive behaviors. The aim of this study was to investigate the level of anxiety and impulsivity of blood pressure patients and what it might be related to, and its effect on family relationships. This research, which was conducted with a group of hypertension patients in the Aegean region, is a study that has not been done before, to investigate whether there is a relationship between anxiety and impulsivity in blood pressure patients in the Bodrum district of Muğla province, and to examine their family relationships. is intended to.

Materials and Methods: A questionnaire consisting of four parts was used in the control and experimental groups to investigate the effects of impulsivity and anxiety on family relations. These sections are; The Socio-Demographic Form was applied to determine the demographic characteristics of the volunteers, the Beck Anxiety Inventory (BAI) was used to determine the anxiety levels, the Barrat Impulsivity Scale-11 Short Form (BIS-11) was used to determine the impulsivity levels, and the Revised Dynasty Scale was used to examine the family relationships.

Results: SPSS 25.0 package program was used for data analysis in the study. Descriptive data on the sociodemographic information of the participants are given in the form of frequency tables. When the data of the study were analyzed in terms of normality assumptions, Kolmogorov-Smirnov values were determined as $p < 0.05$. In addition, the division of Skewness and Kurtosis values to errors was found to vary between ± 1.96 . Therefore, Spearman Correlation analysis, one of the nonparametric tests, was performed to determine the relationship between scale/survey scores. In addition, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H test, which are nonparametric tests, were applied to determine whether there was a significant difference between the scale/test and the sociodemographic data of the participants. In case of significant difference between the groups, the post-Hoc test was performed to determine between which groups the significance was. The Games-Howell Post-Hoc test was chosen because the variance was not homogeneously distributed and the sample numbers were not equal. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Conclusion: As a result of the study, the variables affecting the anxiety, dyadic adjustment and impulsivity levels in individuals with hypertension were examined and the relationships between the related concepts were investigated.

Keywords: *Anxiety, impulsivity, hypertension, family relationships*

basınçta kalıcı bir yükselme ile karakterize edilen en yaygın kronik tıbbi durum arasındadır.

Hipertansiyon, bir önceki yüzyılın en çok çalışılan konuları arasındaydı ve inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve böbrek yetmezliğinin gelişmesine katkıda bulunan en önemli komorbiditelerden biri olmuştur. Türkiye'de yürütülen büyük bir yerel araştırma olan TEKHARF çalışması tarafından belirtildiği gibi, hipertansiyonun yaygınlığı 33.7 idi %(8,9).

Hipertansiyon, günümüzde primer (birincil) ve sekonder olarak iki farklı çeşite ayrılmaktadır. Birincil hipertansiyon; primer ve esnansiyel hipertansiyon olarak da isimlendirilmekte olup, yüksek tansiyon vakalarının %95'ini oluşturmaktadır (Onat, 2003). Primer hipertansiyonda başlangıç şikayeti yoktur, ancak sekonder hipertansiyonda sıklıkla destekleyici bir organik patoloji vardır. Primer hipertansiyonda risk faktörleri; kişinin yaşı, cinsiyeti, tahsil durumu, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanım durumu, fizyolojik aktivitesizlik, psikososyal ve kültürel faktörler, genetik yatkınlık gösterilmektedir (Öksüz, 2004).

Yapılan araştırmalarda, anksiyete bozukluğu olan bireylerde, vücutlarından salgılanan adrenalin hormonuna bağlı olarak gelişen sekonder hastalıkların ortaya çıktığı görülmüştür ve bu hastaların kaygı seviyeleri araştırılarak, yararlandıkları tedavi üstüne bıraktığı etkiler incelenmiştir.

Literatür incelendiğinde hipertansiyonu olan hastalarda anksiyete ve dürtüsellik seviyesi ve bunun aile ilişkileri üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Toplumla birlikte yapılmış olan çalışmalarda anksiyete bozukluğunun görülme ilintisi Chibanda ve arkadaşları (Chibanda ve diğerleri, 2002) Zimbabwe'de %20,7 olarak bulunmuştur. Özmen ve arkadaşları (Ataoğlu, 2003) yaptıkları araştırma sonuçlarında, birincil yüksek tansiyon hastalığına sahip kişilerde a anksiyete oranını %24, kontrol grubunda ise %9 olarak bulmuşlar ve bunun sonucunda yüksek tansiyon ile anksiyete arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir. TEKHARF çalışmasına göre ise; Hipertansiyona sahip hastaların, %38,5'inde Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarına göre orta-şiddetli anksiyete saptanmıştır. Bu çalışma sonrasında el edilen sonuç ise hipertansiyon ve anksiyete arasında olan ilişkinin önemli bir seviyede olduğunu gösterir.

Hipertansiyonun büyük çoğunluğuna stres eşlik etmektedir ve bu stresin yaratmış olduğu kaygı, tansiyonun yükselmesine sebebiyet verir ve kaygı da dürtüsel davranışlara yol açabilir. Bu dürtüsel davranışların sonucu aile ilişkilerini incelemek, bu çalışmada önemli bir rol oynayacaktır. Bu araştırmada hipertansiyonun anksiyete ve dürtüsellik ile olan ilişkisinin, aile ilişkileri üzerine etkisine bakılacaktır. Araştırmalara göre hipertansiyona sahip bireylerin çoğunluğunu göz önünde bulundurduğumuzda dürtüsel davranışların da olduğu gözlemlenmektedir. Buna dayanarak tansiyon hastalarında dürtüsellik ve anksiyetenin büyük bir önemi olduğu söylenebilir. Bu araştırmada, hipertansiyon hastalarının anksiyetesi ve dürtüselligi ne düzeyde olduğu ve ne ile ilişkili olabileceği ve bunun aile ilişkileri üzerine etkisi araştırılacaktır. Hipertansiyon hastalarının, anksiyete ve dürtüsellikle ilişkisinin var olup olmadığını araştırmak ve aile ilişkilerini incelemek, daha önce yapılmamış bir çalışma olup, o bölgedeki halkın bilinçlenmesi ve bundan sonra yapılacak çalışmalarda bir örnek teşkil etmesi amaçlanmıştır. Çalışmamın başlıca hipotezleri şunlardır;

1. Hipertansiyon hastalarında orta-şiddetli anksiyete aile ilişkilerini olumsuz yönde etkiler.
2. Hipertansiyon hastalarında motor dürtüselligi yaygındır.
3. Hipertansiyon hastalarında motor dürtüselligi yaygın olanların aile ilişkileri olumsuz yöndedir.
4. Hipertansiyon hastalarının aile ilişkilerinde uzlaşım az seviyededir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hipertansiyonda anksiyete ve dürtüselligin aile ilişkileri üzerine olan etkisi incelenmektedir. Bunun yanı sıra çalışmada anksiyete ve dürtüselligin hipertansiyon hastalarında ne düzeyde var olduğu ve düzeyler arası ilişkilerin incelenmesi de hedeflenmektedir. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar gösterilebilir:

1. Anksiyetenin hipertansiyon hastalarının aile ilişkileri ile ilgisini belirlemek
2. Dürtüselligin hipertansiyon hastalarının aile ilişkileri ile ilgisini belirlemek

1.2. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmada hipertansiyonda anksiyete ve dürtüsellikğin tanımı, sebepleri ve yaygınlığı araştırılacaktır ve aile ilişkileri üzerine etkisi bilimsel veriler çerçevesinde açıklanacaktır. Hipertansiyonun büyük çoğunluğuna stres eşlik etmektedir ve bu stresin yaratmış olduğu kaygı, tansiyonun yükselmesine sebebiyet verir ve kaygı da dürtüsel davranışlara yol açabilir. Kaygı, evrendeki canlılar tarafından hissedilen, belirsizlikle ilişkili korku ve tedirginlik halidir. Kaygının fazlaca yükselmesi bazı dürtüsel davranışlara yol açabilmektedir. Bu dürtüsel davranışların sonucu aile ilişkilerini incelemek, bu çalışmada önemli bir rol oynayacaktır. Araştırmalara göre hipertansiyona sahip bireylerin çoğunluğunu göz önünde bulundurduğumuzda dürtüsel davranışların olduğu da gözlemlenmektedir. Dürtüsel davranışlar kişilerin kendisine ve kendinden başka kişilere hoş olmayan hatta zararlı olabilecek davranışları yapmakta engel olamaması ve bu eylemi gerçekleştirirken haz duygusunu da beslemesiyle ilişkilendirilen bir takım rahatsızlıklardır. Buna dayanarak; hipertansiyon hastalarında dürtüsellik ve anksiyetenin bir önemi olduğu söylenebilir.

Aile ilişkilerine baktığımız zaman ise, kaygı ve dürtüsellikğin olumlu birer terim olduğunu söyleyemeyiz. Elbetteki her bireyin kaygısı ona bir yere kadar işlevsellik kazandırıyor fakat eğer kaygı seviyesi çok yüksekse bu durumda aile ilişkileri de fazla ölçüde zarar görebiliyor. Bu durumda kaygı durumunun yaratmış olduğu dürtüsel davranışlar da aile ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebiliyor. Hipertansiyon hastalarıyla yapılmış olan bu çalışmada anksiyete ve dürtüsellikğin aile ilişkilerini ne düzeyde etkilediği ve bu etkilerin olumsuz yönde olacağını saptamak amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Belirtilen genel amaç çerçevesinde, bu çalışma ile şu sorulara cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada ilk olarak “hipertansiyon hastalarında anksiyete var mıdır yok mudur ve bu anksiyete ne düzeydirdir?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada ikinci olarak “hipertansiyon hastalarındaki anksiyete, aile ilişkilerini etkiler mi etkilemez mi?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada üçüncü olarak “hipertansiyon hastalarında dürtüsellik var mıdır yok mudur ve var ise ne düzeydedir?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada dördüncü olarak “hipertansiyon hastalarındaki dürtüsellik aile ilişkilerini etkiler mi etkilemez mi?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada beşinci olarak “hipertansiyon hastalarının anksiyete düzeyi yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, alkol ve sigara kullanımı, eğitim durumu, işi ve gelir düzeyi açısından farklılıklar var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada altıncı olarak “hipertansiyon hastalarının dürtüsellik düzeyi yaşı, cinsiyeti, sosyal güvencesi, medeni durumu, alkol ve sigara kullanımı, eğitim durumu, işi ve gelir düzeyi açısından farklılıklar var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada yedinci olarak “hipertansiyon hastalarının dürtüsellik, anksiyete ve aile ilişkileri ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

Bu araştırmada sekizinci olarak “hipertansiyon hastalarının dürtüsellik ve dürtüsellüğün alt boyutları olan dikkat ile ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama düzeyleri ile aile ilişkileri arasında nasıl bir ilinti olduğu” araştırılmak istenmiştir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma Türkiye’de yapılmış, hasta ve kontrol grubu olarak seçilen kişilerle sınırlıdır. Toplamda 200 kişi katılmış olup; 10 hasta ve 100 gönüllüden oluşan kadın ve erkek katılımcıların cevaplamış olduğu ölçeklerle sınırlıdır.
2. Araştırma Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği ile sınırlıdır.
3. Çalışmaya katılan gönüllülerin vermiş olduğu cevaplar doğru olarak varsayılmıştır fakat verilen cevaplar katılımcıların beyanlarına dayalı olduğundan bu çalışmanın sınırlılıkları içindedir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu kısımda ilgili alanyazına dair teorik çerçeve içinde genel bilgilerin aktarılması amaçlanmıştır.

2.1. Hipertansiyon

2.1.1 Hipertansiyonun tanımı

Kan basıncı, kan damarı duvarlarına doğru iten kan basıncının veya kuvvetinin ölçümüdür. Hipertansiyonunuz (yüksek tansiyon) olduğunda, vücudunuzdaki kan damarı duvarlarına karşı basıncın sürekli olarak çok yüksek olduğu anlamına gelir.

Kan basıncı hem kalbinizin pompaladığı kan miktarına hem de atardamarlarındaki kan akışına karşı direnç miktarına göre belirlenir. Kalbiniz ne kadar çok kan pompalarsa ve atardamarlarınız ne kadar dar olursa, kan basıncınız o kadar yüksek olur. Milimetre cıva (mm Hg) cinsinden bir kan basıncı değeri verilir. İki rakamı vardır:

- En yüksek sayı (sistolik basınç): İlk veya üst sayı, kalbiniz attığında arterlerinizdeki basınç seviyesini ölçer.
- Alt sayı (diyastolik basınç): İkinci veya daha düşük sayı, atardamarlarındaki vuruşlar arasındaki basıncı ölçer.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, ideal koşullar altında yapılmış olan ölçümlerde 140/90 mmHg ve üzeri kan basıncı değerlerine hipertansiyon denir (Tuğrul, 2002). Hipertansiyon, kalıtsal ve metabolik olayların artmış intra-arteriyel basınç ile bir arada bulunduğu bir hastalıktır (Hacıhasanoğlu, 2009; Onat ve diğerleri, 2013; www.tkd.org.tr, 2000). Yüksek tansiyon, birçok epidemiyolojik ve süregelen çalışmada koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, periferikarteriyel vasküler hastalık, böbrek yetmezliği ve atriyal fibrilasyon için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Mac Mahon ve diğerleri, 1990; Wattigney ve diğerleri, 2003). Birçok hastalık sekonder hipertansiyona neden olsa da,

hipertansiyon tüm kardiyovasküler sistemi etkileyen karmaşık bir hastalıktır (Mccance ve Huether, 2010).

Sekonder; hipertansiyonda, bir başka hastalığın da var oluşuyla oluşmuş olan kanın yüksek basıncıdır. Diğer hastalığın teşhis edilip, iyileştirilince kan basıncı normale döner. Bu yüzden sekonder başka bir deyişle ikincil ismini almıştır, kan basıncının artışı başka bir hastalık durumuyla ilgilidir.

Aşağıdakiler dahil çeşitli durumlar ve ilaçlar sekonder hipertansiyona yol açabilir:

- Yasa dışı uyuşturucular,
- Obstrüktif uyku apnesi,
- Doğuştan kaynaklanan kan damarlarındaki kusurlar,
- Böbrek hastalığı,
- Doğum kontrol hapları, soğuk algınlığı ilaçları ve reçetesiz satılan ilaçlar,
- Böbreküstü bezi tümörleri,
- Tiroid problemleri gibi.

2.1.2. Hipertansiyonun nedenleri

Kan basıncı, kanın kan damarı duvarlarına itme kuvvetinin ölçüsüdür. Kalp, kanı tüm vücuda taşıyan kan damarlarına pompalar. Hipertansiyon olarak da adlandırılan yüksek tansiyon tehlikelidir çünkü kalbin vücuda kan pompalamak için daha fazla çalışmasını sağlar ve atardamarların sertleşmesine veya ateroskleroza, felce, böbrek hastalığına ve kalp yetmezliğine katkıda bulunur.

Yüksek kan basıncı çok önemlidir çünkü ateroskleroz, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, kalp krizi, felç, göz ve böbrek hasarına neden olur (<http://www.tkd-online.org>, 2006; www.tkd.org.tr, 2000). Avrupa'da altı ülkede yapılan benzer bir çalışmada, 35 yaşın üzerindeki nüfusun %44'ünün hipertansiyonu olduğu bulunmuştur (<http://www.tkd-online.org>, 2006).

2.1.2.1. Birincil hipertansiyon

Kalp dolaşım sisteminden kan pompalarken, kan arter duvarlarına bastırır. Yüksek tansiyon, arterlerin duvarları daha güçlü bir muhalif kuvvet uyguladığında ortaya

çıkart ve bu da kanın vücutta hareket etmesi için kalbin daha fazla çalışmasını gerektirir. Bu, arterlerdeki kan basıncında bir artışa neden olur.

Yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi de dahil olmak üzere esansiyel hipertansiyonu yönetmek için çeşitli yöntemler vardır. Tedavi edilmezse, durum kalp krizi ve kalp yetmezliği de dahil olmak üzere ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

2.1.2.2. İkincil hipertansiyon

İkincil hipertansiyon genellikle hızlı bir şekilde ortaya çıkar ve birincil hipertansiyondan daha şiddetli hale gelebilir. İkincil hipertansiyona neden olabilecek birkaç durum şunları içerir: Böbrek hastalığı, uyku apnesi, doğuştan kalp kusurları, tiroid, ilaçların yan etkileri, uyuşturucu kullanımı, alkol kötüye kullanımı veya kronik kullanım, böbreküstü bezi sorunları, belirli endokrin tümörler gibi.

2.1.3. Hipertansiyon ile ilgili yapılan çalışmalar

2012 yılında Türkiye'de yapılan hipertansiyon prevalansı çalışması (Patent 2) sonuçlarına göre, hipertansiyon prevalansı erkeklerde %28.4, kadınlarda %32.3 ve toplamda %30.3 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, tüm gruptaki hipertansiyon farkındalık oranı %54.7, antihipertansif ilaç kullanım oranı %47.5 ve tüm hipertansif bireylerde kontrol oranı %28.7 idi (www.turkhipertansiyon.org, 2012). Son yıllarda düşük ve orta gelirli farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada hipertansiyonun genel prevalansı% 32.3 olarak bulunmuştur (Sarki ve diğerleri, 2015). Dahası, Türkiye'de yapılan hipertansiyon oranı çalışmasının (Hint) bilgilerinde de belirtildiği gibi, dört yıllık hipertansiyon oluşum oranı %21.4'tür ve bu oranın 65 yaşın üzerindeki kişilerde %43.3 ile en önemli seviyeye ulaştığı hesaplanmıştır(Arııcı ve diğerleri, 2010). Türk halkı hipertansiyon açısından yüksek prevalansa sahip toplumlar arasındadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2000).

Hipertansiyon yaygınlığı en çok Afrika bölgesinde %46 ile 25 veya daha fazla olgunlaşmış insanlarda yükselirken, en az nüks %35 ile Amerika'da bulunabilir. Genel olarak yüksek tansiyon prevalansının ülkelerde diğer ülkelere göre daha düşük olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2013).

Alexander, hipertansif hastaların artan dolaşım gerilimi ve otonomik yeteneklerinin, bastırılmış saldırganlık veya içsel korkunun sonucu olduğunu öne süren kıdemli bir analisttir (Alexander, 1939). Bu görüşü desteklemek için, bir ilk çalışma, hipertansif

hastalarda yüksek oranda bastırılmış düşmanlık ve iç baskıyı araştırdı (29). Hipertansif popülasyonda, bulgular kontrast artışı olan hastalarda ve normal marjinal hipertansiyonu ve dolaşım gerilimi olan hastalarda düşmanlığın daha az belirgin olduğunu, iç düşmanlığın daha fazla olduğunu ve uyumun daha yüksek olduğunu gösterdi (Pickering, 1990). Bununla birlikte, diğer bazı araştırmalar korku ve düşmanlık ile yüksek tansiyon arasında bir bağlantı bulamadı (Perini ve diğerleri, 1990).

2.1.3.4. Hipertansiyonun tedavisi

Antihipertansif olarak bilinen birçok tansiyon ilacı, yüksek tansiyonu (HBP veya hipertansiyon) düşürmek için reçeteye temin edilebilir. Yüksek tansiyon ilaçlarının çeşitli sınıfları vardır ve bunlar bir dizi farklı ilaç içerir. Bu ilaçlardan bazıları vücudunuzun mineral potasyum tedarikini azaltabilir. Halsizlik, bacak krampları veya yorgunluk gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Potasyum içeren yiyecekler yemek, önemli ölçüde potasyum kaybını önlemeye yardımcı olabilir. Bazı insanlar, diüretiklerle uzun süreli tedaviden sonra gut ataklarından muzdariptir. Bu yan etki yaygın değildir ve başka tedavilerle yönetilebilir. İkinci olarak beta blokerler kalp atış hızını, kalbin iş yükünü ve kalbin kan çıkışını düşürerek kan basıncını düşürür. Beta blokerlerin de yan etkileri varır ve bunlardan birkaçı; uykusuzluk, soğuk eller ve ayaklar, yorgunluk veya depresyon, yavaş kalp atışı ve astım belirtileridir.

ACE inhibitörleri de hipertansiyon hastalığında kullanılır. Anjiyotensin, özellikle böbreklerde ve ayrıca tüm vücutta arterlerin daralmasına neden olan bir kimyasaldır. ACE, Anjiyotensin dönüştürücü enzimin kısaltmasıdır. Başka bir tedavi ilacı olarak anjiyotensin II reseptör blokerleri vardır. Bu ilaçlar, arterlerin daralmasına neden olan bir kimyasal olan anjiyotensinin etkilerini bloke eder. Anjiyotensin, kan damarını daraltmak için, bir reseptöre - uyması veya bağlanması için kimyasal bir "yuvaya" ihtiyaç duyar. ARB'lerreseptörleri bloke eder, böyleceanjiyotensin kan damarını daraltamaz. Bu, kan damarlarının açık kaldığı ve kan basıncının düştüğü anlamına gelir. Başka bir tedavi yöntemi olarak kalsiyum kanal blokerleri verilebilir. Bu ilaç, kalsiyumun kalbin ve arterlerin düz kas hücrelerine girmesini engeller. Kalsiyum bu hücrelere girdiğinde daha güçlü ve daha sert bir kasılmaya neden olur, bu nedenle kalsiyumun azaltılmasıyla kalp kasılması o kadar güçlü olmaz. Kalsiyum kanal blokerleri daralmış kan damarlarını gevşetir ve açar, kalp atış hızını düşürür ve

kan basıncını düşürür. Başka bir tedavi ilacı alfa blokerleridir. Bu ilaçlar damarların direncini azaltarak damar duvarlarının kas tonusunu gevşetir.

Bir diğer tedavi ilacı alfa-2 reseptör agonistleri vardır. Bu ilaçlar, istemsiz sinir sisteminin sempatik (adrenalin üreten) kısmının aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürür. Metildopa, hamilelik sırasında ilk basamak antihipertansif olarak kabul edilir çünkü yan etkiler hamile kadın veya gelişmekte olan fetus için nadirdir. Bir başka tedavi ilacı kombine alfa ve beta blokerleridir.

Kombine alfa ve beta blokerleri, hipertansif kriz yaşayan hastalar için IV damla olarak kullanılır. Hasta kalp yetmezliği riski altındaysa, ayakta yüksek tansiyon kullanımını için reçete edilebilirler.

Merkezi agonistler de hipertansiyon ilaçlarında kullanılabilir. Merkezi agonistler ayrıca kan damarlarının gerilme veya kasılma yeteneğini azaltmaya yardımcı olur. Santral agonistler, alfa ve beta blokerlerden farklı bir sinir yolunu izler, ancak aynı amacı kan basıncını düşürme amacına ulaşır. Periferikadrenerjikinhibitörlerde bu hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçlar beyindeki nörotransmitterleri bloke ederek kan basıncını düşürür. Bu, düz kasların daraltmak için "mesaj" almasını engeller. Diğer ilaçlar yardımcı olmadıkça bu ilaçlar nadiren kullanılır.

Kan damarı dilatörleri veya vazodilatörler de bir tedavi ilacı olarak kullanılmaktadır. Kan damarı dilatörleri veya vazodilatörler, kan damarlarının duvarlarındaki (özelliklearteriyoller) kasın gevşemesine ve damarın genişlemesine (genişlemesine) neden olabilir. Bu, kanın daha iyi akmasına izin verir.

2.1.5. Hipertansiyonun risk faktörleri

Hipertansiyonun birçok risk faktörleri vardır. Kronik hastalık yönetimi, risk faktörlerinin bir kombinasyonuna, yüksek riskli durumların ve hastalıkların erken teşhisine, farmakolojik ve psikolojik müdahalelere, düzenli uzun süreli takip ve tedaviye uyumun teşvik edilmesine dayanan acil bakımdan temelden farklıdır (Beaglehole ve diğerleri, 2008).

Aşırı kiloluluk, fazla tuz tüketimi, az potasyum tüketimi, fiziksel olarak aktif olamama, fazla alkol tüketimi ve stres gibi. Öncelikle ne kadar çok kilo fazlalığı varsa, vücuttaki dokulara oksijen ve besin sağlamak için daha çok kan akışına ihtiyaç duyulur. Böylelikle kan damarlarında dolaşan kan hacmi arttıkça, atardamarlardaki

basınç da artmaktadır. Bu da hipertansiyonun risk faktörü olmaktan biri olmak durumunda olmaktadır. İkinci olarak, beslenmede ya da diyetteki fazla tuz tüketimi. Çok fazla sodyum vücudunuzun sıvı tutmasına ve ayrıca vücudunuzdaki arterlerin daralmasına neden olabilir. Her iki faktör de kan basıncını artırır ve hipertansiyona neden olabilir. Bununla birlikte az potasyum tüketimi de hipertansiyona bir risk olarak gösterilebilir.

Başka bir risk faktörü de fiziksel olarak aktif olmamaktır. Egzersiz, vücudun tüm arterlerinden kan akışını artırır, bu da kan damarlarını gevşeten doğal hormonların ve sitokinlerin salınmasına yol açar ve bu da kan basıncını düşürür. Çok fazla alkol içmek de hipertansiyon için risk faktörü oluşturmaktadır. Günde ikiden fazla içki içmek, adrenerjik sinir sisteminizi harekete geçirerek, kan damarlarının daralmasına ve aynı anda kan akışında ve kalp atış hızında artışa neden olarak hipertansiyona neden olabilir. Stres de hipertansiyon için risk taşımaktadır. Gevşeme ve meditasyon teknikleri kan basıncını etkili bir şekilde düşürür.

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyete bozukluğunun tanımı

Kaygı tanımı zor bir durum olarak hayatımızda var olan bir kelimedir. "Anksiyete" terimi, "boğulma", "boğulma" anlamına gelen Latince "angere" kökünden gelir (Sadock ve Sadock, 2000). Korku ve endişenin bir arada olduğu tetikte olma durumu olarak nitelendirebiliriz. Bu duygulara fizyolojik olarak eşlik eden bazı duyu ve duyular da vardır. Kalp sıkışması, mide bulantısı, soğuk terlemeler ve iyi hissetmeme hali bu duyum ve duygulara örnek olarak verilebilir. Kendin kötü hissetme, bayılabilecek durumda olma, iç huzursuzluk ve karıncalanmalar da psikolojik duyumlardan bir kaçıdır.

Anksiyete korku gibi nesnesi belli olan bir tepki değildir, bu yüzden aslında bünyede belirsizlik duygusu da var olmaktadır. Bireyler durumlarını gerginlik, iç ağrı ve huzursuzluk olarak bildirirler ve hayatlarının çeşitli alanlarında bu durumlara uyum sağlamaları gerekebilir (Işık, 2006).

Bu kaygı, bireyin günlük yaşamdaki faydasını azaltıyorsa tedavi gerektiren nevrotik bir durum olarak kabul edilir (Tükel ve Alkın, 2000). Bazen sadece günü atlatma düşüncesi endişe yaratır. Anksiyete bozukluğu hastaları endişe döngüsünü nasıl

durduracaklarını bilmezler ve genellikle kaygılarının durumun gerektirdiğinden daha yoğun olduğunun farkına varmalarına rağmen bunun kendi kontrollerinin ötesinde olduğunu düşünürler. Tüm anksiyete bozuklukları, belirsizliği tolere etmede güçlüklerle ilgili olabilir ve bu nedenle anksiyete bozukluğu olan birçok kişi durumları planlamaya veya kontrol etmeye çalışır. Pek çok insan endişenin kötü şeylerin olmasını engellediğine inanıyor, bu yüzden endişeden vazgeçmenin riskli olduğunu düşünüyorlar. Bazen insanlar mide ağrısı ve baş ağrısı gibi fiziksel semptomlarla mücadele edebilir.

Anksiyete, birçok farklı bozukluğun önemli bir parçasıdır. Bunlar şunları içerir:

Panik bozukluk: Beklenmedik zamanlarda tekrarlayan panik ataklar yaşamak. Panik bozukluğu olan bir kişi, bir sonraki panik ataktan korkarak yaşayabilir. Panik bozukluğu olan kişilerde tekrarlayan beklenmedik panik ataklar olur. Panik ataklar, hızla ortaya çıkan ve dakikalar içinde zirveye ulaşan ani yoğun korku dönemleridir. Saldırıları beklenmedik bir şekilde gerçekleşebilir veya korkulan bir nesne veya durum gibi bir tetikleyici tarafından başlatılabilir.

Fobi: Belirli bir nesne, durum veya faaliyetle ilgili aşırı korku. Fobi, belirli nesnelere veya durumlara karşı yoğun bir korku ya da onlardan nefret etmektir. Bazı durumlarda endişeli olmak gerçekçi olsa da fobisi olan kişilerin hissettikleri korku, durum veya nesnenin neden olduğu gerçek tehlikeyle orantısızdır.

Sosyal anksiyete bozukluğu: Sosyal durumlarda başkaları tarafından yargılanma korkusudur. Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler, sosyal veya performans durumlarına karşı genel olarak yoğun bir korku veya endişeye sahiptir. Endişeleriyle ilişkili eylemlerin veya davranışların başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirileceğinden endişe duyarlar, bu da onları utandırır. Bu endişe genellikle sosyal kaygılı kişilerin sosyal durumlardan kaçınmasına neden olur. Sosyal anksiyete bozukluğu, işyeri veya okul ortamı gibi çeşitli durumlarda ortaya çıkabilir.

Obsesif kompulsif bozukluk: Belirli, tekrarlanan davranışlar sergilemenize yol açan tekrarlayan mantıksız düşüncelerdir. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), insanların kendilerini tekrar tekrar bir şeyler yapmaya yönlendiren tekrarlayan, istenmeyen düşüncelere, fikirlere veya hislere (takıntılara) sahip olduğu bir bozukluktur (kompulsiyonlar). El yıkama, eşyaları kontrol etme veya temizlik gibi tekrarlayan

davranışlar, bir kişinin günlük aktivitelerine ve sosyal etkileşimlerine önemli ölçüde müdahale edebilir.

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu: Evden veya sevdiklerinden uzakta olma korkusudur. Ayrılma anksiyetesi probleminde, çocukönemli pratik bölgelerde (okulda veya okul dışı arkadaşlıklarda, kamu faaliyetlerinde) zorluklarla karşılaşır (Masi ve diğerleri, 2001).

Hastalık anksiyetesi bozukluğu: Sağlığınızla ilgili kaygı (eski adıyla hipokondri).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB): Travmatik bir olayın ardından anksiyetedir.

Anksiyete bozukluklarının nedenleri şu anda bilinmemektedir, ancak muhtemelen genetik, çevresel, psikolojik ve gelişimsel gibi faktörlerin bir kombinasyonunu içerir. Anksiyete bozuklukları ailelerde ortaya çıkabilir, bu da genlerin ve çevresel streslerin bir kombinasyonunun bozuklukları üretebileceğini düşündürür. Tıbbi nedenler olabilir örneğin, bazı insanlar için anksiyete, altta yatan bir sağlık sorunuyla bağlantılı olabilir. Bazı durumlarda, anksiyete belirtileri ve semptomları tıbbi bir hastalığın ilk göstergeleridir. Anksiyeteye bağlantılı olabilecek tıbbi sorunların örnekleri şunları içerir: Kalp hastalığı, şeker hastalığı, hipertiroidizm gibi tiroid sorunları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım gibi solunum bozuklukları ve yuğurturucu kötüye kullanımı veya çekilmesi gibi.

2.2.2. Anksiyete bozukluğuna eşlik eden rahatsızlıklar

Anksiyete kişide bazı bozukluklara yol açıp, gerçek olmayan düşüncelere sahip olmasına neden olabilir, bu durum bilişsel açıdan doğru olmayan düşüncelerin fiziksel olarak elverişsiz bir durumda olduğuna inandırabilir. Bazen endişeli hissetmek normaldir ve tüm insanlar bunu ara sıra yaşar. Bununla birlikte, aşırı, mantıksız ve sürekli endişe ve şeyler hakkında korku göstermek, tıbbi olarak anksiyete bozukluğu olarak adlandırılan psikiyatrik bir hastalıktır.

Anksiyete bozuklukları arasında obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve benzeri yer alır. En yaygın anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğudur (YAB). Pek çok kişi eşzamanlı olarak bilinen birden fazla anksiyete bozukluğundan etkilenir. Anketler, YAB'nin anksiyete bozukluklarının en eşlik eden hastalığı olduğunu göstermiştir. Bozuklukların bir arada bulunması veya örtüşmesi, hem psikiyatrist hem de hasta

için tanı ve tedavinin karmaşıklığını artırır. Genel Anksiyete Bozukluğu, iş, aile ve mali durum gibi bir dizi şey hakkında kontrolsüz ve ısrarcı endişeyle kendini gösterir. Kişinin bir endişeden diğerine, normal faaliyetlerini etkileyecek şekilde sonu gelmeden sürüklendiği bir tür yüzer durumdur. Genellikle basitçe depresyon veya klinik depresyon olarak adlandırılan Majör Depresif Bozukluk, normal yaşamı da etkileyen ciddi bir duygudurum bozukluğudur. Çok küçük yaştan itibaren anksiyetesi olan, düşük benlik saygısı, karamsarlık ve şiddetli stres gösteren hastalara, uzun bir süre boyunca sürekli üzüntü veya ilgi kaybı (tanı konulabilmesi için 2 haftadan fazla) eşlik eder.

Örneğin; anksiyete bozukluklarında hipokondriyasis görülme sıklığı yüksek çıkmaktadır. Bunun nedeni de anksiyetesi olan kişi, fizyolojik belirtileri kendi vücudunda hissettiği için odağı direkt kendi bedeni olmakta ve bununla beraber birçok bedensel duyum üretmektedir. Bu nedensel duyumlar; terleme, titreme, mide bulantısı gibi birçok şikâyeti beraberinde getirir.

Anksiyete bozuklukları genelde beraberinde depresyonu da getirebilir. Bu yüzden ikisini birbirinden ayırt etmek gerekir. Ayrıca, madde kötüye kullanımı ve diğer aşırı duyarlılık problemlerinde görülme sıklığı yüksektir (Koyuncu ve Özyıldırım, 1999).

Eskiden manik depresyon olarak adlandırılan bipolar bozukluk, yüksekten alçağa aşırı duygudurum değişiklikleri ile karakterizedir; yüksek seviyede hasta aşırı derecedecoşkulu, düşük seviyede ise belirli bir sebep olmaksızın intihar düşünceleri barındırabilir. Bipolar Bozukluğu olan hastaların%51'inin aslında hastalığı kötüleştiren başka bir anksiyete bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur. Bu komorbidite nedeniyle, Bipolar Bozukluk hastaları şunlara sahip olma eğilimindedir:

- Daha genç başlangıç yaşı,
- Daha düşük yaşam kalitesi,
- Daha düşük iyileşme şansı,
- Artan madde bağımlılığı riski ve en önemlisi,
- Yaşam boyu daha büyük intihar eğilimleri gibi.

Herhangi bir kaygı bozukluğu olan kişilerin birçoğunun başka bir kaygı bozukluğu çeşidinin de tanı kriterlerini taşıması görülmektedir. Bu durumu en çok yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde görmekteyiz. Kaygı bozukluklarının birlikte

görülmesinin iki nedeni vardır; kaygı bozukluklarında tanı koyma kriterleri birbirleri ile aynı olmaktadır ve etiyolojik nedenler de kaygı bozukluğu riskini arttırmaktadır. Birçok hastalık gibi, komorbiditeler de daha şiddetli anksiyete ve kötü prognoz ile ilişkilidir.

Anksiyete bozuklukları bazen medikal rahatsızlıklarla da ilişkili olabilir, örneğin bir hastalığın nedeni ya da komorbiditesi olabilmektedir. Bazı kronik ya da organik hastalıkların anksiyeteyi geliştirebileceği gerçektir. Hipertansiyon da bu hastalıkların içinde olabilir. Tetikleyiciler, diğerleri arasında sinir sistemi, kardiyovasküler hastalık ve tiroid bezi ile ilgili hastalıkları içerebilir (Gelenberg 2000). Anksiyete bozuklukları da tıbbi hastalıklarla ilişkili görünmektedir. Örneğin, erkekler üzerinde yapılan bir araştırma, yüksek fobisi olan kişilerin, düşük fobisi olan kişilere göre koroner kalp hastalığına yakalanma olasılığının üç kat daha fazla olduğunu buldu. Kaygıya eşlik eden hastalıkların tedaviye direnç oluşturduğu tespit edilmiştir (Alkın ve Bakış, 2007).

2.2.3. Anksiyete bozukluğunun etiyolojisi

Pek çok risk faktörü tek başına belirli anksiyete bozuklukları için genel bir anksiyete bozukluğu ortamı yaratamaz. Anksiyete bozukluklarının davranışsal modeli, Mowrer'in iki faktörlü modeline (klasik koşullanmanın ardından edimsel koşullanma) dayanmaktadır. Bu modellerde, klasik koşulların olayla doğrudan temas, olayı yaşayan kişinin gözlemi (modelleme) veya sözlü talimatlarla uyarılabileceği düşünülmektedir. Klasik koşullanmalar olduğunda kaygı bozukluğu olan kişilerin, korkularını daha kolay geliştirdikleri ortaya çıkmıştır.

Diğer risk faktörleri korkma eğilimini artırır. Genler, anksiyete bozuklukları riskini artırır. Örneğin ailesinde herhangi bir şeye karşı fobisi olan bir kişi varsa bu fobiyi başka aile üyeleri de geliştiriyor olabilmektedir.

Kaygı üzerine bir nörobiyolojik araştırmada, beynin korku devrelerindeki aktiviteyi artırmaya odaklanmıştır. Anksiyete, yüksek seviyelerde norepinefrin ve GABA ve serotonin sistemlerinin işlev bozukluğuyla ilişkili görünmektedir. Korku ile ilgili olan nörotransmitterlerin çoğunun kaygı ile de ilgili olduğu ortaya çıkmıştır.

Kagan, Reznick, Cralke, Snidman ve Garcia Coll (1984), davranış engelini, davranıştaki birincil sosyal tepkiler ve genel olarak kısıtlanacak ve çocuğun yeni veya yabancı bireyler, madde veya zor noktalar yaşadığı zaman uzak duracak

tepkiler olarak nitelendirdi (Kagan ve diğeri, 1984). Hem davranışsal ketlenme hem de nevrotik kişilik özellikleri, anksiyete bozukluklarının gelişimi ile ilgilidir.

Bilişsel bir bakış açısıyla, anksiyete bozuklukları geleceğe yönelik olumsuz beklentiler, hayata dair kontrol edilemeyen inançlar ve olumsuz bilgilere dikkat etme eğilimi ile ilişkilidir. Tepki koşullarının travmatik deneyimlere göre ayarlanmasının bir sonucu olarak belirli fobilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Pek çok kişi, belirli bir fobiyi yaşamadan önce travmatik bir şartlanma yaşadıklarını bildirmiştir. Birçok kişi, muhtemelen şartlanma deneyimini unuttukları için, bu korkuyu yaşamadıklarını bildirmişti. Koşullanmış öğrenme, önemli evrimsel öneme sahip belirli korku uyaranlarına koşullu bir yanıt sürdürme olasılığını ifade eder.

Nörobiyolojik çalışmalar, panik atakların aşırı aktif lokusla ilişkili olduğunu göstermiştir. Davranış modeli, bireylerin dış koşullar veya iç vücut uyanışı nedeniyle paniğe kapılmaları için klasik koşulları vurgulamaktadır. Vücudu harekete geçiren duruma içsel uyarın koşullanması durumu denir. Bilişsel bakış açısı, fiziksel semptomların sınıflandırılmasının yanlış anlaşılmasına odaklanır.

2.2.4. Anksiyete bozukluğunun tedavisi

Anksiyete, vücudunu strese verdiği doğal bir tepkidir. Bu, ne olacağına dair bir korku veya endişe duygusudur. İnsanların kaygıyı deneyimledikleri diğeri yollar arasında kabuslar, panik ataklar ve acı veren düşünceler veya kontrol edemedikleri anılar bulunur. Genel bir korku ve endişe hissine sahip olabilirler veya belirli bir yer veya olaydan korkabilirler. Ancak hissedilen anksiyete duyguları aşırı ise, altı aydan uzun sürüyorsa ve bu durum devam eden hayatı etkiliyorsa, bir anksiyete bozukluğu tanısı koyulabilir. Kaygı belirtileri şunları içerir; Odaklanmada zorluk, huzursuzluk, uykuya dalmada zorluk, hızlı nefes alma ve artan kalp atış hızı gibi.

Anksiyete bozuklukları, çoğu kez, birinci basamakta yeterince tanınmamakta ve yeterince tedavi edilmemektedir. Tedavi, bir hasta belirgin bir sıkıntı gösterdiğinde veya bozukluktan kaynaklanan komplikasyonlardan muzdarip olduğunda gerçekleşir. Anksiyete bozuklukları, psikolojik terapi, farmakoterapi veya her ikisinin kombinasyonu ile tedavi edilmelidir. Bilişsel davranışçı terapi, en yüksek kanıt seviyesine sahip psikoterapi olarak kabul edilebilir. Birinci seçenek ilaçlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleridir. Benzodiazepinler rutin kullanım için tavsiye edilmez. Diğeri tedavi seçenekleri

arasında pregabalin, trisiklik antidepresanlar, buspiron, moklobemid ve diğeri bulunur. Remisyondan sonra ilaçlara 6 ile 12 ay devam edilmelidir. Bir tedavi planı geliştirirken etkinlik, yan etkiler, etkileşimler, maliyetler ve hastanın tercihi dikkate alınmalıdır.

Anksiyete bozukluğu olan tüm hastalar, destekleyici konuşmalara ve anksiyete bozukluğuyla ilişkili duygusal sorunlara dikkat etmeye ihtiyaç duyar. Psikoeğitim, anksiyete reaksiyonlarının bedensel semptomlarının fizyolojisi ve mevcut tedavi olanaklarının gerekçeleri hakkında bilgi içerir. Çoğu hasta, çoğunlukla ayakta tedavi bazında yapılan resmi psikolojik tedavi müdahalelerine ihtiyaç duyabilir. Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT)tüm anksiyete bozuklukları için etkinliği çok sayıda kontrollü çalışmada gösterilmiştir. Fobik bozukluklarda korkulan durumlardan kaçınmanın ilgili bir faktör olması durumunda, hastaların korktukları durumlarla karşılaştıkları tedavi programına maruz kalma teknikleri dahil edilmelidir. BDT ile karşılaştırıldığında, psikodinamik terapi için kanıt daha zayıftır. Psikodinamik terapi kullanan kontrollü çalışmalar, BDT kullanan çalışmalardan önemli ölçüde daha azdı ve daha düşük kalitedeydi ve bazı karşılaştırmalı çalışmalar BDT'ye üstünlük gösterdi (Bandelow ve diğeri, 2014).

2.3. Dürtüsellik

2.3.1. Dürtüsellikğin tanımı

Dürtüsellik veya dürtüsel davranış genellikle öngörülen yoksun, erken ifade edilen, gereksiz riskler alan ve koşullara uygun olmayan eylemler olarak tanımlanır. Eysenck, dürtüsellik risk alma, tasarlayamama ve bir şeyleri beyinde hızlı bir şekilde bir araya getirememeye ile ilişkilendirir (Eysenck ve Eysenck, 1977). Öte yandan, Patton ve arkadaşları dürtüsellik üç kısımda ele almayı faydalı bulmuşlardır. Hazırlıksız ani hareketler (motor aktivasyon), eldeki göreve odaklanma eksikliği (dikkat), planlama eksikliği ve yetersiz müzakere (planlama eksikliği) (Patton ve diğeri, 1995). Dürtüsellik, arzu edilenden çok istenmeyen sonuçlarla ilişkilidir.

Bilişsel olarak, dürtüsellik, refleksif kontrolün yokluğu ve performans durumlarında hataların yapılmasına yol açan arka sonuçların öngörülmesi ile karakterizedir. Duygusal olarak dürtüsellik, öfke, mutluluk, anksiyete, öfori gibi nitel tepkilerle çelişen, hayal kırıklığına karşı düşük bir tolerans, pekiştirmeleri geciktirememeye,

günaha karşı çok az direnç ve dürtülerin hızlı tepki vermesini düzenlemek için az kontrol kaynağı ile karakterizedir. Sosyal olarak dürtüsellik, sosyalleşme zorlukları, düşük empati, toplum yanlısı davranışçılık, bağımlılık ilişkileri, saldırganlık ve manipülasyon ile ilişkilendirilmiştir. Buna göre dürtüsellik; kendisi ve başkaları için olası olumsuz sonuçları hesaba katmadan, iç ve dış gücün yükselişine karşı hızlı ve kendiliğinden talepleri içerir (Sarısoy ve diğerleri, 2013).

Biyolojik ve nöropsikolojik bir perspektiften, dürtüsellik, birey veya etrafındaki diğerleri için potansiyel olarak riskli bir dürtü engellemede başarısızlıkla karakterize edilir. Bilişsel bir bakış açısından, dürtüsellik, davranışsal dürtüleri ve düşünceleri engelleyememektir. Dürtü kontrolünü yürütme işlevlerinin önemli bir bileşeni olarak görülür. Kişinin sosyal ve kişisel işleyişinde önemli bir rol oynar. Dürtüsellik sosyal yönü düşünüldüğünde, aile içinde oluşan öğrenilmiş bir davranış olarak adlandırılır. Ailede çocuklar arzu ettiklerini elde etmek için hemen tepki vermeyi öğrenirler. Bu nedenle dürtüsel bireylerinsanlar, aldıkları aksiyonların sonuçlarını kendileri veya diğerleri için değerlendirme kabiliyetinden yoksundur (L'Abate, 1993).

Moeller ve ark. çeşitli bilişsel-sosyal ve onun karakterolojik yönlerini birleştirmek için dürtüselligebiyo-psiko-sosyal bir bakış açısıyla bakar. Kapsamlı bir dürtüsellik tanımının tüm bu yönleri kapsamaması gerektiğini savunuyorlar (Leyfer ve diğerleri, 2006):

- Davranışın olumsuz sonuçlarına karşı duyarlılığın azalması.
- Bilgileri tam olarak işlemeden önce uyarılara anında ve planlanmamış tepki.
- Bir davranışın uzun vadeli sonuçları dikkate alınmaz.

Moeller ve ark. dürtüsellik, kendileri veya diğerleri için olumsuz sonuçlarına bakılmaksızın, iç ve dış uyarılara bir yanıt olarak anında ve planlanmamış eylemde bulunmaya hazır olmayı içerdiğine inanmıştır. Bu tanımın araştırma ve tedaviye yardımcı olan çeşitli özellikleri vardır. İlk olarak, dürtüsellik, davranışsal örüntü oluşturmanın bir parçası olarak da görülebilen bir potansiyel olarak kabul edilir. İkincisi, dürtüsellik, sonuçları değerlendirmek için yeterli fırsat olmadığında ortaya çıkan ani, planlanmamış eylemi içerir. Bu özelliğine göre dürtüsellik, eylemin gerçekleşmesinden önce akıl yürütme veya planlamanın yapıldığı zorlayıcı davranıştan farklıdır. Üçüncüsü, dürtüsellik, sonuçtan bağımsız olarak eyleme atıfta bulunur (Beck ve diğerleri, 1988).

Dürtüselliğin tanımı, daha iyi anlaşılmasını kolaylaştırmak için çeşitli faktörleri dikkate alınmalıdır. Başka bir deyişle, çeşitli psikolojik süreçler, birden çok seçeneği değerlendirmek için hafızada saklayamama (çalışma hafızası) veya eylemleri tahmin edememe gibi dürtüsel davranışlara yol açabilir. Bununla birlikte, dürtüsellik için tek bir tanım verme sorunu hala mevcuttur. Ek olarak, dürtüsellik, karar verme ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiyi keşfetmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu alandaki gelişmeler, riskli davranışların azaltılmasında büyük önem taşıyan ruhsal bozukluğu veya beyin hasarı olan kişilere hizmet verenlerin sayısının artmasına katkı sağlayacaktır (Osman ve diğerleri, 2002).

Son yıllarda dürtüsellik ve bununla ilgili biyo-psiko-sosyal biyolojik değişkenlerle ilgili yapılan birçok çalışmaya rağmen, bu alandaki kapsamlı verileri entegre etmek için çok az çalışma yapılmıştır. Bunun nedeni, dürtüselliğin kesin ve benzersiz bir tanımının olmaması ve ana bileşenleri üzerinde bir anlaşma olmamasıdır. Bu durumlardan dolayı, dürtüselliğin gelişimi ve iç ve dış uyarıcılarla etkileşimi ile ilgili kapsamlı bir teori yoktur. Bu nedenle dürtüselliğin farklı durumlarda nasıl riskli davranışlara neden olduğunu bulmak için her dürtüsellik bileşenini ve riskli davranışların ortaya çıkmasındaki rolünü daha kesin olarak ölçmek gerekir (Beck ve diğerleri, 1988).

Dürtüsellik, dürtüye göre hareket etme eğilimidir- yani, eylemin uygunluğu veya sonuçları hakkında önceden düşünmeden. Çocuklarda belli bir derecede dürtüsellik yaygındır ve hatta bazı genç yetişkinler bile genellikle dürtüsel davranış sergiler. Küçük çocuklarda dürtüsellik, yalnızca aşırı derecede mevcut olduğunda ve normal işlevle ilgili sorunların eşlik ettiği durumlarda anormal kabul edilir. Dürtüsellik bir eylemde veya bir tartışmayı yarıda kesmede, cevapları bulanıklaştırmada veya bir etkinlikte kişinin sırasını bekleyememede kendini gösterebilir. Dürtüsellik genellikle yetişkinleri olduğu kadar çocukları ve gençleri de etkileyebilen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan (DEHB) muzdarip olanlarda görülür. Dürtüselliğe genellikle huzursuzluk, hiperaktivite, dikkatsizlik, sessiz faaliyetlerde bulunma sorunları, yürütme işlevleriyle ilgili sorunlar, aşırı konuşma ve kıpırdanma gibi semptomlar eşlik eder. Dürtüsellik, bir kişinin bilişsel işlevini etkileyen tıbbi problemlerle çok yaygın olarak ilişkili olabilir, örneğin: inme veya bunama gibi (Osman ve diğerleri, 2002).

2.3.2. Dürtüselliğin semptomları

DEHB olan bazı kişiler yaşlandıkça daha az semptom gösterir, ancak bazı yetişkinler günlük işleyişe müdahale eden önemli semptomlara sahip olmaya devam eder. Yetişkinlerde, DEHB'nin temel özellikleri dikkat etmede güçlük, dürtüsellik ve huzursuzluk olabilir. Semptomlar hafiften şiddetliye kadar değişebilir.

DEHB olan birçok yetişkin, buna sahip olduklarının farkında değildir. Sadece günlük işlerin zor olabileceğini biliyorlar. DEHB'li yetişkinler, odaklanma ve önceliklendirme konusunda zor olabilir, bu da teslim tarihlerinin kaçırılmasına ve unutulmuş toplantılara veya sosyal planlara yol açabilir. Dürtüleri kontrol edememe sabırsızlıktan kuyrukta beklemekten veya trafikte araba kullanmaktan ruh hali değişimlerine ve öfke patlamalarına kadar değişebilir (Beck ve diğerleri, 1988).

Yetişkin DEHB semptomları şunları içerebilir: dürtüsellik, düzensizlik ve önceliklendirme sorunları, zayıf zaman yönetimi becerileri, bir göreve odaklanma sorunları, çoklu görevde sorun, aşırı aktivite veya huzursuzluk, zayıf planlama, düşük hayal kırıklığı toleransı, sık ruh hali değişimleri, görevleri tamamlama ve tamamlama sorunları, öfke, stresle baş etmede sorun gibi.

Hemen hemen herkesin hayatının bir noktasında DEHB'ye benzer bazı semptomları vardır. Zorluklar yakın zamandaysa veya geçmişte sadece ara sıra meydana gelmişse, muhtemelen DEHB yoktur. DEHB, yalnızca semptomlar yaşamın birden fazla alanında devam eden sorunlara neden olacak kadar şiddetli olduğunda teşhis edilir. Bu kalıcı ve yıkıcı semptomlar erken çocukluk dönemine kadar izlenebilir.

Yetişkinlerde DEHB teşhisi zor olabilir çünkü belirli DEHB semptomları, anksiyete veya duygudurum bozuklukları gibi diğer durumların neden olduğu semptomlara benzer ve DEHB olan birçok yetişkinin, depresyon veya anksiyete gibi en az bir başka akıl sağlığı sorunu da vardır (Beck ve diğerleri, 1988).

2.3.3. Dürtüselliğe eşlik eden rahatsızlıklar

Dürtüsellik, uyarılara hızlı ve fazla düşünmeden tepki verme eğilimini tanımlar. Genellikle planlanmamış riskli davranışları, önceden düşünülmeden eylemi ve ani veya uzun vadeli sonuçlara karşı azalmış duyarlılığı içerir. Pek çok araştırmacı, tüm dürtüselliğin olumsuz olmadığını açıklığa kavuşturmak için işlevsel ve işlevsiz dürtüsellik arasında ayrım yaptı.

Dürtüsellik çocuklar ve genç yetişkinler arasında yaygındır, hatta bazı durumlarda yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Örneğin, bir krize yanıt verirken gerekli olan dürtüsel eylem olabilir. Kişinin konfor alanının ötesinde bir şey denerken de işe yarayabilir. Dürtüsellik bir hayat kurtarabilir veya işe yarayan bir risk almaktan kaynaklanan tatmin duyguları getirebilir. Tutarlı bir dürtüsel davranış örüntüsü geliştiğinde, dürtüsel eylemler bireyin günlük işleyişini olumsuz etkiliyorsa, bunlar semptom olarak sınıflandırılabilir (Bayraktaroğlu ve Çakıcı, 2017).

Dürtüsellik yanında getirdiği bazı psikiyatrik rahatsızlıklar da olabiliyor. Örneğin; dikkat eksikliği hiperaktivitesi (DEHB), bipolar, borderline kişilik ve antisosyal kişilik gibi kişilikle ilgili sorunlar, yeme ve yemek sorunları, madde bağımlılığı ve bağımlılığı gibi.

Dürtüsellik, çeşitli akıl sağlığı durumlarının ortak bir belirtisi olsa da dürtüsellik yaşayan herkesin akıl sağlığı teşhisi kriterlerini karşılamadığına dikkat etmek önemlidir. Dürtüsellik, yalnızca bir kişinin işleyişi bozulduğunda veya dürtüsel eylemler nedeniyle sürekli olarak olumsuz sonuçlar yaşadığında ilgili bir semptom olarak görülmelidir. Öncelikle dürtüsellik ile ilişkili koşullar, dürtü kontrol koşulları olarak adlandırılır.

Yetişkin dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat göstermede güçlük, hiperaktivite ve dürtüsel davranış gibi kalıcı sorunların bir kombinasyonunu içeren bir akıl sağlığı bozukluğudur.

Yetişkin DEHB dengesiz ilişkilere, kötü işe veya okul performansına, düşük benlik saygısına ve diğer sorunlara yol açabilir. Erişkin DEHB olarak adlandırılmasına rağmen, semptomlar erken çocuklukta başlar ve yetişkinliğe kadar devam eder. Bazı durumlarda, kişi yetişkin olana kadar DEHB tanınmaz veya teşhis edilmez. Yetişkin DEHB belirtileri, çocuklarda DEHB belirtileri kadar net olmayabilir. Yetişkinlerde hiperaktivite azalabilir ancak dürtüsellik, huzursuzluk ve dikkat gösterme güçlüğü ile mücadeleler devam edebilir (Bayraktaroğlu ve Çakıcı, 2017).

2.4. Aile İlişkileri

Aile, aynı evde yaşayan, gelirlerini paylaşan, evlilikle kan bağı olan, birbirini rengarenk yerlerle tamamlayan bireylerin oluşturduğu hukuki süreçte sosyal ve kazançlı bir kurumdur (Özgüven, 2009). Aile biyolojik, psikolojik, ekonomik,

kültürel ve hukuki yönleri olan bir sosyal birimdir, insanlığın hayatta kalmasını garanti eden sosyalleşme süreci biyolojik ilişkilerle gerçekleştirilir ve karşılıklı ilişkiler geçmişten gelir. Kurallara ve maddi ve manevi zenginliğe dayalıdır (Salman, 2011).

Evlilik kurumsallaşmış bir kurum aynı zamanda bir ilişkiler sistemidir, kadın ve erkeği “koca ve kadın” olarak birbirine bağlayan, doğacak çocuklara belli bir statü sağlayan, toplum açısından “devlet” in hak ve yetkisi olan bir ilişki biçimidir (Özgüven, 2000).

Eşlerin evlilik birliğini mutlu olarak algıladıkları, evliliğin memnuniyetinin yüksek olduğu, anlaşmazlık ve sorunların konumunun düşük olduğu evlilik uyumu bağlantıları da uyumlu bir birlik olarak kabul edilir (McClure ve Loden, 1982).

Geleneksel aile yapısı bir baba, anne ve çocuklardan oluşur. Bu, genellikle medyada standart olarak gösterilen ailedir. Bununla birlikte, 21. yüzyıl, önceki on yılların standart biriminden çok farklı olan çeşitli aile birimlerini sergiliyor. Bugün, çocuklar genellikle tek ebeveynli evlerde, büyükanne ve büyükbabalar veya LGBTQ +(lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel veya travesti, querr)ebeveynleri tarafından yetiştirilmektedir. Bazı aileler tıbbi veya duygusal engeller nedeniyle çocuk sahibi olmayı tercih etmemekte veya çocuk sahibi olamamaktadır. Ebeveynlerin ve çocukların bir aile kurması fikri temel bir tanımdır; ancak, diğer aile yapılarını doğru bir şekilde kabul etmek için daha geniş bir tanım gereklidir. Evrensel bir aile tanımına ek olarak, birçok insan bir arkadaş grubunu aile olarak görür ve birçoğu evcil hayvanları aile biriminin üyelerini tanımlayan olarak görür.

Bir aile ilişkisi, iki kişiyi doğrudan veya üçüncü bir taraf aracılığıyla birleştiren dosyalama veya evlilik ilişkilerinin herhangi bir birleşimi olarak tanımlanabilir. Aile önemlidir çünkü zihinsel gelişimimiz, refahımız ve istikrarımız ailemize bağlıdır. Bir aile, tüm üyelerinin kendilerini güvende ve birbirlerine bağlı hissetmelerini sağlar. Zor zamanlarda insanların yanımızda olmasının verdiği rahatlığı bize sağlıyor, stresimizi yönetmemize yardımcı oluyor. Bir aile, eksikliklerimize rağmen kendimizi güvende, korunmuş, kabul edilmiş ve sevilmiş hissetmemizi sağlar. Aileler çocuklara ilişkileri öğreten temel birimlerdir. Sağlıklı bir ailede yetişen çocuklar, evlerinin dışında daha iyi bağlar kurabileceklerdir. Güçlü ilişkiler, aile üyeleri hem iyi hem de kötü zamanları birlikte paylaştıkça başkalarına nasıl güven duyacağımızı öğretir.

Ailedeki çatışmalar, çocuklara gelecekte sorunları çözmek için saygılı bir yol öğretir. Güçlü bir aile, bir insanın hayatta kendine güvenmesi için ihtiyaç duyduğu her şeydir. Kaygı, aile üyelerinin aile sistemi içindeki ilişkisel dengedeki bozulmaya tepkisi olarak kavramsallaştırılır. Aile sistemindeki belirsiz sınırların aile sistemindeki kaygının gelişmesinden, iletilmesinden ve sürdürülmesinden sorumlu olduğu hipotezi klinik örneklerle sunulmakta ve desteklenmektedir. Nükleer aile içindeki kaygının bulaşma yolları ve nesiller arası bulaşma olgusu açıklanmaktadır. Sonunda yazarlar, sunulan teorinin aile terapisi için pratik etkilerini tartıştılar. Kaygı düzeyi yüksek ailelerle çalışmak, aile sistemi içinde aile üyelerinin ayrılma ve özerklik süreçlerine yol açan açık sınırların geliştirilmesini desteklemelidir.

Psikolojik düzeyde aile ve aile kavramı; aile yapısı, aile etkileşimleri ve ailedeki yaşam döngüleri açısından ele alınabilir. Öte yandan, ailenin anlamlı yakın ilişkilerin, duygusal ödüllerin ve büyüme fırsatlarının kaynağı olduğu görüşü her zaman doğru olmayabilir. Aileler bazen duygusal bir üzüntü, stres ve çatışma kaynağı olabilir. Ailedeki yasal tıbbi olaylar, çocukların istismara ve şiddet görmesine, yiyecek ve barınma ile sınırlı ilişkiler, işteki sınırlamalar ve başarısızlıklara ilişkin düşünceler, durumdan memnuniyetsizlik de aile yaşamının gerçekçi yönleridir (Parmaksızoğlu, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yöntemi

Hipertansiyon hastalarında anksiyete ve dürtüselliğin, aile ilişkileri üzerine etkisinin incelenmesi üzerine yapılan bu çalışmada, betimsel nitelikte bir çalışma olup “ilişkisel tarama modeli” düzeyinde bir uygulama yapılmıştır. İlişkisel tarama modelinde; iki ya da daha oldukça sayıdaki değişken içinde mevcut değişiklik ve/ya da bu değişimin derecesini belirlemek amaçlanır. Tarama yoluyla bulunan ilişkiler, diğerlerinin durumu bilindiğinde, durumu neden-sonuç ilişkisi yerine tek bir değişkende tahmin etmesine izin verir.

Bu doğrultuda gerçekleştirilen bu araştırmada; hipertansiyon hastalarının anksiyete ve dürtüselliğinin aile ilişkilerine etkisinin ve bunun düzeyini korelasyon türü ilişkisel tarama modeli kullanılarak çözümlenmeye çalışılmıştır. Hipertansiyon hastalarının, anksiyete ve dürtüselliğinin demografik formda bulunun özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı, ne gibi farklılıklar gözettiği ve aile üzerine etkisi incelenmiştir.

3.2. Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini; Muğla ilinin Bodrum ilçesinde bulunan Konacık mevkiinde bulunan sağlık ocağında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada araştırmanın amacına hizmet edecek şekilde karma bir yöntem takip edilecektir. Bu bağlamda “literatür taraması”, “anket” ve “niteliksel araştırma” aşamaları olmak üzere araştırma üç ayak üzerine inşa edilmiştir. Araştırma kesitsel tipte ve veriler gönüllü katılım esasına göre toplanmıştır. Çalışma 200 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir ve kartopu yöntemi ile katılım sağlanmıştır. Katılımcılar 100 kadın, 100 erkek olarak alınmıştır. Kontrol grubunu oluşturan gönüllülerin demografik özellikleri Çizelge 3.1’de gösterilmiştir. Deney grubunu oluşturan gönüllülerin demografik özellikleri Çizelge 3.2’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1: Kontrol Grubu Katılımcıları ile İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Demografik değişkenler (Kontrol Grubu)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	50	50,0
Erkek	50	50,0
Toplam	100	100,0
Yaş Grup		
29-40	6	6,0
41-50	27	27,0
51-60	37	37,0
60 üstü	36	36,0
Toplam	100	100,0
Medeni durum		
Evli	93	93,0
Bekar	7	7,0
Toplam	100	100,0
Alkol kullanım		
Evet	58	58,0
Hayır	42	42,0
Toplam	100	100,0
Sigara kullanım		
Evet	55	55,0
Hayır	45	45,0
Toplam	100	100,0
Kronik Hastalık		
Evet	0	0,0
Hayır	100	100,0
Toplam	100	100,0

Kontrol grubuna bakıldığında, cinsiyete ilişkin verilerde %50'si kadın, %50'si erkek olarak dağılım göstermiştir. Katılımcıların yaşlarının dağılımı ise; %6'sı 29-40 yaş, %27'si 41-50 yaş, %37'si, 51-60 yaş, %36'sı 60 yaş üstünü oluşturmaktadır. Medeni durum açısından incelendiğinde ise; %93 evli, %7'si bekar olarak dağılım gösterilmiştir. Alkol kullanımını ise, %58'lik bir kesin evet cevabını verirken, %42'lik kesin hayır cevabını vermiştir. Sigara kullanımını incelendiğinde, %55'lik kesin evet, %45'i ise hayır cevabını vermiştir. Kronik hastalıklar incelendiğinde ise bütün katılımcıların %100 oranında kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.2: Deney Grubu Katılımcıları İle İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Demografik değişkenler (Deney Grubu)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	50	50,0
Erkek	50	50,0
Toplam	100	100,0
Yaş Grup		
29-40	9	9,0
41-50	31	31,0
51-60	38	38,0
60 üstü	22	22,0
Toplam	100	100,0
Medeni durum		
Evli	88	88,0
Bekar	12	12,0
Toplam	100	100,0
Alkol kullanımı		
Evet	60	60,0
Hayır	40	40,0
Toplam	100	100,0
Sigara kullanımı		
Evet	64	64,0
Hayır	36	36,0
Toplam	100	100,0
Kronik Hastalık		
Evet	100	100,0
Hayır	0	0,0
Toplam	100	100,0

Deney grubuna bakıldığında, cinsiyete ilişkin verilerde %50'si kadın, %50'si erkek olarak dağılım göstermiştir. Katılımcıların yaşlarının dağılımı ise; %9'u 29-40 yaş, %31'i 41-50 yaş, %38'si, 51-60 yaş, %22'si 60 yaş üstünü oluşturmaktadır. Medeni durum açısından incelendiğinde ise; %88 evli, %12'si bekar olarak dağılım gösterilmiştir. Alkol kullanımı ise, %60'lık bir kesim evet cevabını verirken, %40'lık kesim hayır cevabını vermiştir. Sigara kullanımı incelendiğinde, %64'lük kesim evet, %36'lık ise hayır cevabını vermiştir. Kronik hastalıklar incelendiğinde ise bütün katılımcıların %100 oranında kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Kontrol ve deney grubuna, dürtüsellik ve anksiyetenin ve aile ilişkilerine üzerine etkisini araştırmak üzere dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Bu

bölümler; gönüllülerin demografik özelliklerini belirlemek üzere Sosyo-Demografik Form, anksiyete seviyelerini belirlemek üzere Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), dürtüsellik seviyelerini belirlemek üzere Berratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu (BIS-11) ve aile ilişkilerinin incelenmesi için de Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği uygulanmıştır.

3.3.1. Demografik veri formu

Bu form, gönüllülerin kişisel bilgilerini toplamak amacıyla uygulanmıştır. Gönüllülerden, diğer anket araçlarıyla birlikte sosyo-demografik form da doldurulması istenmiştir. Bu formda, araştırmaya katılan gönüllülerin; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve kronik hastalığının varlığı sorulduğu toplam 6 soru vardır. Demografik veri form, araştırmamanın Ek 1’de verilmiştir.

3.3.2. Beck anksiyete ölçeği

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından oluşturulan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), çocuklarda ve yetişkinlerde anksiyetenin şiddetini ölçmek için kullanılan 21 soruluk çoktan seçmeli bir öz bildirim envanteridir (Parmaksızoğlu, 2011). Bu ölçümde kullanılan sorular, deneğin geçen hafta boyunca (aldığınız gün dahil) sahip olduğu yaygın kaygı belirtilerini (uyuşma ve karıncalanma, ısıdan kaynaklanmayan terleme ve en kötü şeyin olacağı korkusu gibi) sorar. 17 yaş ve üzeri kişiler için tasarlanmıştır. Birkaç çalışma, Beck Anksiyete Ölçeği'nin çocuklarda ve yetişkinlerde anksiyete semptomlarının doğru bir ölçüsü olduğunu bulmuştur (Beck ve Steer, 1988). Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), 0 ile 3 arasında değişen Likert ölçeği ve 0 ile 63 arasında değişen ham puanlara sahip 21 maddeden oluşmaktadır. 1988 yılında geliştirilmiş ve 1993 yılında gözden geçirilmiş bir el kitabı, puanlamada bazı değişiklikler yapılarak yayınlanmıştır. BAÖ puanları minimum kaygı (0-7), hafif kaygı (8-15), orta düzeyde kaygı (16-25) ve şiddetli kaygı (30-63) olarak sınıflandırılır. BAÖ'nin bu araştırma için uygunluğu, güvenilirliğine (Cronbach's Alpha Katsayısı) bakılarak incelenmiştir. BAÖ için iç tutarlılık (0,92), test-tekrar test güvenilirliği 0,75 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Yenilenmiş çift uyum ölçeği

Gündoğdu (2007) tarafınca uyarlanan YÇUÖ, evlilik yahut benzer ikili ilişkilerde evli yahut beraber yaşayan çiftlerin ilişki standardını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir ve 14 maddeden oluşmaktadır (57). Doyum, uzlaşım ve çatışma olarak toplamda 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70 puandır, alınan puan ilişki standardını göstermektedir. Ölçeğin toplam güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Berratt dürtüsellik ölçeği

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11), dürtüsellüğün kişilik/davranışsal yapısını değerlendirmek için tasarlanmış bir ankettir (Patton ve diğerleri, 1995). Dürtüsellüğün değerlendirilmesi için en çok alıntı yapılan araçtır ve 50 yıldır bu yapıyı ve diğer klinik fenomenlerle ilişkisini anlamamızı ilerletmek için kullanılmıştır. Barratt Dürtüsellik Ölçeği, dürtüsellüğü ölçmek için en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Birkaç nöropsikiyatrik popülasyonda geçerliliğini göstermiştir ve sağlıklı bireylerde nesnel nöropsikolojik ölçümler ve dürtüsellikle ilgili davranışlarla ilişkilidir. Nörogörüntüleme çalışmaları, BIS puanlarının prefrontal yapı ve işlevin yanı sıra merkezi serotonerjik işlevle ilgili olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, bir topluluk örneğindeki normatif verileri ve demografik etkileri bildirmektedir. 3 faktörlü yapıyı (planlamama, motor dürtüsellik ve dikkat dürtüsellüğü) koruyan ve iyi güvenilirlik ve geçerliliği koruyan 15 maddelik kısa BIS formu (BIS 15) sunulmuştur. BIS-15, Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nin (BIS-11) kısa bir formudur. BIS-11'in adının revizyon sayısını yani 11. revizyonunu temsil ediyor, BIS-15'in adının ise öge sayısını temsil etmektedir.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir. Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca Skewness ve Kurtosis değerlerinin hatalarına bölümlerinin $\pm 1,96$ arasında değiştiği saptanmıştır. Bundan dolayı ölçek/anket puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için non-parametrik testlerden Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Bununla birlikte

ölçek/test ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere non-parametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post Hoc testi yapılmıştır. Varyansın homojen dağılmaması ve örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı Games-Howell Post-Hoc testi seçilmiştir (Sparks, 1963). Anlamlılık düzeyinde $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Çizelge 3.3: Kontrol Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=100)

Kontrol Grubu	Min	Max	Ort.	Std. sapma
Beck Anksiyete Ölçeği	3,00	32,00	16,1800	6,94332
Yenilenmiş Çift uyum ölçeği	20,00	69,00	52,6200	8,61966
Doyum	6,00	25,00	18,0700	3,69618
Uzlaşma	9,00	30,00	24,3000	5,01211
Çatışma	4,00	21,00	10,2500	2,35434
Berratt Dürtüsellik Ölçeği	15,00	45,00	26,5600	7,01416
Plan yapamama	5,00	20,00	9,0300	3,48577
Motor dürtüsellik	5,00	20,00	8,8500	3,23920
Dikkat	5,00	16,00	8,6800	2,68509

Çizelge 3.3’de kontrol grubundaki katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, Yenilenmiş çift uyum Ölçeği ve alt boyutlarından, Berratt dürtüsellik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları min, max, ort. ve Std. sapma değerleri yer almaktadır.

Çizelge 3.4: Deney Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=100)

Deney Grubu	Min	Max	Ort.	Std. sapma
Beck Anksiyete Ölçeği	5	43	23,92	8,01
Yenilenmiş Çift uyum ölçeği	30	72	54,47	7,92
Doyum	10	29	18,29	3,57
Uzlaşma	6	30	25,09	4,87
Çatışma	5	19	11,09	2,21
Berratt Dürtüsellik Ölçeği	15	49	26,24	7,43
Plan yapamama	5	16	9,15	2,89
Motor dürtüsellik	4	18	8,04	3,071
Dikkat	5	19	9,05	3,083

Çizelge 3.4’de Deney grubundaki katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, Yenilenmiş çift uyum Ölçeği ve alt boyutlarından, Berratt dürtüsellik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları küçük, en büyük, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1: Kontrol Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları (n=100)

Kontrol Grubu		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Beck Anksiyete	r	1								
2-Yenilenmiş çift uyum ölçeği	r	-0,004	1							
	p	0,968								
3-Doyum	r	0,015	,759**	1						
	p	0,881	<0,001							
4-Uzlaşma	r	0,064	,817**	,371**	1					
	p	0,528	<0,001	<0,001						
5-Çatışma	r	-,216*	,596**	,322**	,326**	1				
	p	0,031	<0,001	0,001	0,001					
6-Berratt Dürtüsellik	r	0,128	-0,183	-0,107	-,216*	-0,108	1			
	p	0,203	0,068	0,289	0,031	0,285				
7-Plan yapamama	r	0,158	-0,122	-0,065	-0,160	-0,104	,747**	1		
	p	0,116	0,226	0,518	0,113	0,302	<0,001			
8-Motor dürtüsellik	r	0,068	-0,162	-0,108	-0,172	-0,070	,740**	,291**	1	
	p	0,504	0,108	0,286	0,086	0,489	<0,001	0,003		
9-Dikkat	r	0,077	-,241*	-0,113	-,278**	-0,122	,758**	,343**	,535**	1
	p	0,447	0,016	0,263	0,005	0,227	<0,001	<0,001	<0,001	

* 0,05 düzeyinde anlamlıdır, ** 0,01 düzeyinde anlamlıdır

Çizelge 4.1’de kontrol grubundaki katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre Beck Anksiyete ölçeği toplam puanları ile Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği alt boyutlarından “Çatışma” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.216$ $p=0.031$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği toplam puanı ile Berratt dürtüsellik ölçeği alt boyutlarından “Dikkat” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.241$ $p=0.016$).

Beck anksiyete ile yenilenmiş çift uyum ölçeği toplam ($r=-0.004$ $p=0.968$), alt boyutlarından “Doyum”($r=0.015$ $p=0.881$), ”uzlaşma”($r=0.064$ $p=0.528$), Berratt dürtüsellik toplam ($r=0.128$ $p=0.203$) “plan yapamama”($r=0.158$ $p=0.116$), “motor dürtüsellik”($r=0.068$ $p=0.504$) ve “Dikkat” ($r=0.077$ $p=0.447$) puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çizelge 4.2: Deney Grubu Katılımcılarında Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları (n=100)

Deney Grubu		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Beck Anksiyete	r	1								
2-Yenilenmiş çift uyum ölçeği	r	-0,049	1							
	p	0,629								
3-Doyum	r	0,026	0,767**	1						
	p	0,800	<0,001							
4-Uzlaşma	r	-0,097	0,699**	0,245*	1					
	p	0,337	<0,001	0,014						
5-Çatışma	r	0,049	0,570**	0,295**	0,195	1				
	p	0,625	<0,001	0,003	0,052					
6-Berratt Dürtüsellik	r	0,206*	-0,283**	-0,185	-0,192	-0,216*	1			
	p	0,040	0,004	0,065	0,056	0,031				
7-Plan yapamama	r	0,172	-0,284**	-0,185	-0,252*	-0,185	0,790**	1		
	p	0,087	0,004	0,065	0,011	0,065	<0,001			
8-Motor dürtüsellik	r	0,230*	-0,175	-0,103	-0,101	-0,187	0,807**	0,483**	1	
	p	0,021	0,082	0,307	0,319	0,062	<0,001	<0,001		
9-Dikkat	r	0,136	-0,269**	-0,150	-0,172	-0,197*	0,816**	0,421**	0,586**	1
	p	0,178	0,007	0,137	0,086	0,049	<0,001	<0,001	<0,001	

* 0,05 düzeyinde anlamlıdır, ** 0,01 düzeyinde anlamlıdır

Çizelge 4.2’de deney grubundaki katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre Beck Anksiyete ölçeği toplam puanları ile Berratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.206$ $p=0.040$).

Beck Anksiyete ölçeği toplam puanları ile Berratt dürtüsellik ölçeği alt boyutlarından “motor dürtüsellik” puanları arasında da istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.230$ $p=0.021$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği toplam puanı ile Berratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.283$ $p=0.004$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği toplam puanı ile Berratt dürtüsellik ölçeği alt boyutlarından “Plan yapamama” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.284$ $p=0.004$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği toplam puanı ile Berratt dürtüsellik ölçeği alt boyutlarından “Dikkat” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.269$ $p=0.007$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği alt boyutlarından “uzlaşma” puanları ile Berratt dürtüsellik ölçeği alt boyutlarından “plan yapamama” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.252$ $p=0.011$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği alt boyutlarından “çatışma” puanları ile Berratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.216$ $p=0.031$).

Yenilenmiş çift uyum ölçeği alt boyutlarından “çatışma” puanları ile Berratt dürtüsellik ölçeği alt boyutlarından “Dikkat” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.197$ $p=0.049$).

Çizelge 4.3: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Deney ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort	Z	p
Beck Anksiyete ölçeği	Kontrol	100	16,18	-6,591	<0.001
	Deney	100	23,92		
Yenilenmiş çift uyum ölçeği	Kontrol	100	52,62	-1,611	0.107
	Deney	100	54,47		
Doyum	Kontrol	100	18,07	-0,064	0.949
	Deney	100	18,29		
Uzlaşma	Kontrol	100	24,30	-1,338	0.181
	Deney	100	25,09		
Çatışma	Kontrol	100	10,25	-2,987	0.003
	Deney	100	11,09		
Berratt Dürtüsellik Ölçeği	Kontrol	100	26,56	-0,656	0.512
	Deney	100	26,24		
Plan yapamama	Kontrol	100	9,03	-0,669	0.503
	Deney	100	9,15		
Motor dürtüsellik	Kontrol	100	8,85	-2.140	0.032
	Deney	100	8,04		
Dikkat	Kontrol	100	8,68	-0,614	0.519
	Deney	100	9,05		

Mann Whitney U test, *p<0.05 anlamlı etki

Çizelge 4.3'te yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları deney ve kontrol grupları açısından karşılaştırılmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir (Z=-6.591, p<0.001). Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları kontrol grubuna kıyasla deney grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Yenilenmiş iyi uyum ölçeği toplam puanları, alt boyutlarından “Doyum” ve “uzlaşma” puanları Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Çizelge 4.3).

Ancak yenilenmiş iyi uyum ölçeği alt boyutlarından “Çatışma” puanları Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir (Z=-2.987, p=0.003). “Çatışma” puanları kontrol grubuna kıyasla deney grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Berratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları, alt boyutlarından “Plan yapamama” ve “dikkat” puanları Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Çizelge 4.3).

Ancak Berratt dürtüsellik ölçeğialt boyutlarından “Motor dürtüsellik” puanları Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir ($Z=-2.140$, $p=0.032$).“Motor dürtüsellik” puanları deney grubuna kıyasla kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.4: DeneyKatılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	Std. Sapma	Z	p
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam	Erkek	50	24,38	6,92	-	0.828
	Kadın	50	23,46	9,02	0,217	
Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam	Erkek	50	55,08	7,76	-	0.357
	Kadın	50	53,86	8,09	0,922	
Doyum	Erkek	50	18,60	3,53	-	0.331
	Kadın	50	17,98	3,61	0,973	
Uzlaşma	Erkek	50	25,10	5,07	-	0.703
	Kadın	50	25,08	4,71	0,382	
Çatışma	Erkek	50	11,38	2,28	-	0.144
	Kadın	50	10,80	2,11	1,461	
Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam	Erkek	50	25,56	8,53	-	0.086
	Kadın	50	26,92	6,15	1,716	
Plan Yapamama	Erkek	50	8,86	3,08	-	0.211
	Kadın	50	9,44	2,67	1,252	
Motor Dürtüsellik	Erkek	50	8,08	3,76	-	0.158
	Kadın	50	8,00	2,20	1,411	
Dikkat Dürtüselligi	Erkek	50	8,62	3,07	-	0.145
	Kadın	50	9,48	3,05	1,458	

Mann-Whitney U test

Çizelge 4.4’ te yer aldığı gibi, Deney katılımcılarınınBeck Anksiyete Ölçeği toplam puanları, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları, Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları cinsiyet açısından karşılaştırılmıştır. Belirtilen ölçek ve alt boyutlarından herhangi birisi ile cinsiyet arasından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çizelge 4.5: DeneyKatılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	Std. Sapma	Z	p
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam	Evli	88	23,57	8,18	-1,025	0.305
	Bekar	12	26,41	6,41		
Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam	Evli	88	54,95	7,88	-1,689	0.091
	Bekar	12	50,91	7,53		
Doyum	Evli	88	18,38	3,57	-0,389	0.697
	Bekar	12	17,58	3,62		
Uzlaşma	Evli	88	25,42	4,79	-1,981	0.048
	Bekar	12	22,66	4,94		
Çatışma	Evli	88	11,14	2,25	-0,869	0.385
	Bekar	12	10,66	1,87		
Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam	Evli	88	25,98	7,13	-0,441	0.659
	Bekar	12	28,08	9,51		
Plan Yapamama	Evli	88	9,04	2,84	-1,011	0.312
	Bekar	12	9,91	3,23		
Motor Dürtüsellik	Evli	88	7,97	3,01	-0,391	0.696
	Bekar	12	8,50	3,58		
Dikkat Dürtüselligi	Evli	88	8,96	3,03	-0,604	0.546
	Bekar	12	9,66	3,52		

Mann-Whitney U test

Çizelge 4.5’ te yer aldığı gibi, deney katılımcılarının Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları, Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları medeni durum açısından karşılaştırılmıştır.

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği alt boyutlarından “Uzlaşma” puanları evli ve bekarlar arasından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Uzlaşma puanları evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-1,981$, $p=0,048$).

Çizelge 4.6: DeneyKatılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	Std. Sapma	Z	p
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam	Evet	60	23,56	7,68	-0,810	0.418
	Hayır	40	24,45	8,56		
Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam	Evet	60	55,76	7,69	-2,072	0.038
	Hayır	40	52,52	7,94		
Doyum	Evet	60	19,11	3,73	-2,884	0.004
	Hayır	40	17,05	2,93		
Uzlaşma	Evet	60	25,65	4,42	-1,304	0.192
	Hayır	40	24,25	5,43		
Çatışma	Evet	60	11,00	2,42	-0,559	0.576
	Hayır	40	11,22	1,87		
Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam	Evet	60	25,95	7,51	-0,641	0.521
	Hayır	40	26,67	7,37		
Plan Yapamama	Evet	60	9,18	3,03	-0,071	0.943
	Hayır	40	9,10	2,67		
Motor Dürtüsellik	Evet	60	8,11	3,06	-0,327	0.744
	Hayır	40	7,92	3,11		
Dikkat Dürtüselligi	Evet	60	8,65	2,96	-1,666	0.096
	Hayır	40	9,65	3,19		

Mann-Whitney U test

Çizelge 4.6’da yer aldığı gibi, deney katılımcılarının Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları, Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları alkol kullanımı açısından karşılaştırılmıştır.

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği toplam puanları alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği toplam puanları alkol kullanmayanlara kıyasla kullananlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,072$, $p=0,038$).

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği alt boyutlarından “Doyum” puanları alkol kullanan ve kullanmayanlar arasından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Doyum puanları alkol kullanmayanlara kıyasla kullananlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,884$, $p=0,004$).

Çizelge 4.7: DeneyKatılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	Std. Sapma	Z	p
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam	Evet	64	24,21	7,75	-0,388	0.698
	Hayır	36	23,38	8,54		
Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam	Evet	64	54,46	8,81	-0,655	0.513
	Hayır	36	54,47	6,13		
Doyum	Evet	64	18,65	3,90	-1,497	0.134
	Hayır	36	17,63	2,82		
Uzlaşma	Evet	64	24,71	5,38	-0,546	0.585
	Hayır	36	25,75	3,78		
Çatışma	Evet	64	11,09	2,30	-0,189	0.850
	Hayır	36	11,08	2,06		
Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam	Evet	64	26,37	7,22	-0,302	0.763
	Hayır	36	26,00	7,88		
Plan Yapamama	Evet	64	9,57	2,91	-1,948	0.051
	Hayır	36	8,38	2,71		
Motor Dürtüsellik	Evet	64	8,04	3,02	-0,040	0.968
	Hayır	36	8,02	3,19		
Dikkat Dürtüselligi	Evet	64	8,75	2,96	-1,324	0.186
	Hayır	36	9,58	3,26		

Mann-Whitney U test

Çizelge 4.7’de yer aldığı gibi, deney katılımcılarının Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları, Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları sigara kullanımı açısından karşılaştırılmıştır. Belirtilen ölçek ve alt boyutlarından herhangi birisi ile sigara kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çizelge 4.8: DeneyKatılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort.	Std. Sapma	KV	p
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam	29-40	9	26,00	7,98	0,582	0.901
	41-50	31	24,09	8,31		
	51-60	38	23,63	8,27		
	60 yaş üstü	22	23,31	7,53		
Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam	29-40	9	49,55	7,05	5,896	0.117
	41-50	31	55,70	6,77		
	51-60	38	54,60	9,28		
	60 yaş üstü	22	54,50	6,81		
Doyum	29-40	9	16,11	3,98	3,266	0.358
	41-50	31	18,96	3,43		
	51-60	38	18,31	3,64		
	60 yaş üstü	22	18,18	3,33		
Uzlaşma	29-40	9	22,33	5,50	3,327	0.344
	41-50	31	25,80	4,25		
	51-60	38	25,02	5,49		
	60 yaş üstü	22	25,31	4,16		
Çatışma	29-40	9	11,11	1,36	1,323	0.724
	41-50	31	10,93	2,27		
	51-60	38	11,26	2,34		
	60 yaş üstü	22	11,00	2,26		
Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam	29-40	9	27,55	9,56	0,248	0.969
	41-50	31	26,22	7,25		
	51-60	38	26,65	8,22		
	60 yaş üstü	22	25,00	5,34		
Plan Yapamama	29-40	9	8,77	3,73	3,062	0.382
	41-50	31	9,74	3,06		
	51-60	38	9,23	2,85		
	60 yaş üstü	22	8,31	2,21		
Motor Dürtüsellik	29-40	9	8,77	3,80	0,618	0.892
	41-50	31	7,93	2,70		
	51-60	38	8,15	3,63		
	60 yaş üstü	22	7,68	2,19		
Dikkat Dürtüsellliği	29-40	9	10,00	3,84	1,657	0.647
	41-50	31	8,54	3,11		
	51-60	38	9,26	3,30		
	60 yaş üstü	22	9,00	2,28		

Kruskal Wallis-H testi

Çizelge4.8’de yer aldığı gibi, deney katılımcılarınınBeck Anksiyete Ölçeği toplam puanları, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları, Berratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam puanları ve alt boyut puanları yaş açısından karşılaştırılmıştır. Belirtilen ölçek ve alt boyutlarından herhangi birisi ile yaş arasından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu kısımda araştırma sonucunda elde edilen veriler alanyazın çalışmaları ışığında tartışılacaktır. İlk bulgu olarak, korelasyon analizi sonucunda deney grubundaki katılımcıların anksiyete puanları ile dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu anlamlı ilişkiler kontrol grubundaki katılımcılar için hesaplanmamıştır. Anksiyete ile dürtüsellik arasındaki ilişkiler literatürde sıklıkla incelenen konulardan biridir.

Moustafa ve arkadaşları (2017) dürtüsellığı, kişinin uzun süreli sonuçları ön görmemesi ve uygun tepkiler göstermemesi olarak tanımlamıştır (Moustafa ve diğerleri, 2017). Bu bağlamda yaşanan anksiyeteye bağlı olarak isteklerin, içsel itkilerin ve tepkilerin önlenmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Yaşanan anksiyete (akut veya kronik) bireyin mantıklı düşünme becerisinin önüne geçmekte ve davranışlar üzerinde kontrol hakimiyetini azaltarak dürtüsel davranışlara sebebiyet vermektedir. Bellani ve arkadaşları (2012) da anksiyete hastalarındaki dürtüsellik düzeylerinin kontrol grubundaki bireylere oranla anlamlı şekilde yüksek olduğunu aktarmıştır (Bellani ve diğerleri, 2012). Anksiyete bozukluklarında dürtüsel davranışların görülmesi daha olası bulunmuştur.

Diğer yandan anksiyete doğası gereği birey hemen harekete geçerek yaşadığı olumsuz duygudan kurtulmak istemektedir. Bu ani ve fevri hareketler dürtüsellığın öğrenilmesinde ve davranışların tekrarı ile pekiştirilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle anksiyete ile dürtüsellik arasında ilişki kurulmuş olmaktadır (Bellani ve diğerleri, 2012). Bu davranışlar üzerinde mantıksal düşünme mekanizması olmadığı için davranışların çeşitliliği ve sürekliliği de farklılık göstermektedir. Birey anksiyeteyi azaltacağını düşündüğü farklı davranışlara yönelmekte ve dürtüsel olarak bunları gerçekleştirmektedir. Bedenin üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ve anksiyetenin artmasına bağlı olarak yaşanan panik duyguları da dürtüsel davranışlar üzerinde etkili parametrelerdir (Beauchaine ve diğerleri, 2017). Beyin görüntüleme çalışmalarında da iki kavram arasındaki ilişkiler gösterilmiştir. Anksiyete ve dürtüsellığın beyin üzerindeki etkileri benzer bulunmuştur. Bu sonuçlarda her iki

durum için de prefrontal kortekste kortikal incelme olduğu ve anterior singulat kortekste farklılıkların bulunduğu görülmüştür (Merz ve diğerleri, 2018).

Del Carlo ve arkadaşları (2012) çalışmalarında iki kavram arasındaki ilişkinin farklı bir yönüne dikkat çekmiştir (Del Carlo ve diğerleri, 2012). Yapılan çalışmada yüksek düzeydeki dürtüsellik davranışlarının katekolaminerjik sistem üzerindeki olumsuz etkilerini aktarmıştır. Katekolaminerjik sistem dopamin, epinefrin ve norepinefrin gibi anksiyete doğasında etkili nörotransmitteri içermektedir. Bu sistemdeki işlevsel ve yapısal sorunlar anksiyete sorunlarının oluşmasında rol oynayabilmektedir.

Artan anksiyeteye bağlı olarak farklı psikolojik bozuklukların görülmesi de olasıdır. Bu psikolojik bozukluklar çoğunlukla dürtüsellik kontrol altına alınamadığı ve davranış örüntülerinde sapmaların görüldüğü bozukluklardır. Anksiyeteye bağlı olarak artan dürtüsellik sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğu (Specler ve diğerleri, 2020; Steinmetz ve diğerleri, 2020), çevrimiçi oyun oynama bozukluğu (Kulu ve Özsoy, 2020), kumar oynama bozukluğu (Kazgan ve diğerleri, 2021), trikotillomani (Özdemir ve diğerleri, 2012), dermatilomani (Yeo ve Lee, 2017), yeme bozuklukları (Schaumberg ve diğerleri, 2020), kendine zarar verme davranışları (Simon ve diğerleri, 2007), davranım bozuklukları (Askénazy ve diğerleri, 2003), antisosyal kişilik örüntüleri (Bayard ve diğerleri, 2011), mükemmeliyetçi kişilik özellikleri (Pietrabissa ve diğerleri, 2020) gibi bozukluklar buna örnek olarak verilebilir.

Deney grubundaki katılımcıların çift uyumu puanları ile dürtüsellik arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Önceki bulgulardan hareketle, anksiyete ile dürtüsellik arasındaki doğru orantı elde edilen bu bulguyu da destekler niteliktedir. Çünkü evlilikteki uyum sağlıklı bir ilişki paternini getirecek ve genel iyilik haline destekte bulunacaktır. Bu gelişmelerle birlikte duygusal gerginlik yaşanmayacak ve dürtüsel davranışlarda anlamlı azalmalar gözlenebilecektir. Derrick ve arkadaşları (2016) da çalışmalarında benzer bulguyu bulmuştur (Derrick ve diğerleri, 2016). İlişki doyumunda ve çiftler arasındaki ilişkinin kalitesi ile dürtüsellik arasında negatif ilişki bulunmuştur. Çalışmada dürtüsellik negatif eş davranışlarına neden olması ve algılanan eş sorumluluğunda azalmaya sebep olması ile uyumda bozucu bir etkiye sahip olduğu aktarılmıştır. Davranış sorunlarındaki artış iletişimde azalmayı beraberinde getirmekle birlikte partner ilişkisinin doğasına ve değerine yönelik olumsuz düşüncelere dalabilmektedir.

Ayrıca dürtüsel hareketler evlilik içerisinde istenmeyen durumlara da yol açabileceği gibi çift uyumunda düşüşe de neden olabilmektedir. Başta dürtüsel başlıktaki psikolojik bozukluklar olmak üzere iletişim ve etkileşimin azalması bu noktada etkin rol oynamaktadır. Bunun yanında aile içi şiddet gibi önemli bir konu da dürtüsel eylemlerle yakından ilişkilidir. Sorunların çözümünde mantıksal ve problem çözücü bir yaklaşımdan çok duyguları ile hareket etme sonucunda dürtüsel eylemler tercih edilebilir ve bu durum çift uyumunda önemli kırılmalara neden olabilir (Rebellion ve diğerleri, 2008; Stroud ve diğerleri, 2010).

Geist ve Gilbert (1996) dürtüsel eylemlerin çoğunlukla nevrotik kökenli olduğunu belirtmiştir (Geist, 1996). Bu nevrotik eğilimlere bağlı olarak çiftler arasındaki uyumunda bozulabileceğini vurgulamıştır. Cheung, Chiu ve Choi (2021) çalışmalarında dürtüsel eylemlerin kendini kontrol edemeyen bireylerin özellikleri olduğunu belirtmiştir (Cheung ve diğerleri, 2021). Dürtüsel eylemlerdeki artışa bağlı olarak ilişkisel sıkıntıyı da arttırmakta ve uyumu azaltmaktadır. von Hippel ve Gonsalkorale (2005) de çalışmalarında dürtüselliğin kibarlık, anlayış ve hoşgörü gibi olumlu kişilik özelliklerini azaltması ile uyumda ve çiftler arasındaki etkileşimde bozucu bir etkisinin olduğunu göstermiştir (von Hippel ve Gonsalkorale, 2005). Ulaşoğlu (2020) ise çalışmasında dürtüselliğin iletişim becerileri ile etkisi ile evlilik üzerindeki etkilerini aktarmıştır (Ulaşoğlu, 2018). Çalışmada dürtüselliğin az olmasının bireylerdeki etkili iletişim becerilerine katkı sunduğu ve evlilik uyumuna pozitif katkı sunduğu bulunmuştur.

Deney grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre anksiyete ve çift uyumunda çatışma boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunurken dürtüselliğe motor dürtüsellik boyutu puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Uysal ve Aslan (2018) hipertansiyon hastalarının yaşam biçimlerine dikkat etmeleri ve bedensel duyumlarına yönelik hassasiyetlerinin fazla olmasının anksiyete ile ilişkili olabileceğini vurgulamıştır (Uysal ve Aslan, 2018). Ayrıca hastalığın fiziksel ve psiko-sosyal olumsuz etkileri de bu anksiyeteyi beslemektedir. Ateş (2013) ise hipertansiyon hastalarında sürekli öfke ve bastırılmış öfke puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğunu bulmuştur (Ateş, 2013). Çelik ve arkadaşları (2009) da çalışmalarında benzer bulguları elde etmiştir. Bu bulguya göre öfke düzeylerinin yüksek olması çift uyumuna bozucu etkiye sahip olabilir. Son olarak hipertansiyon hastalarının yaşantılarına ve eylemlerine yönelik dikkatlerinin ve hassasiyetlerinin

fazla olması dürtüsel hareketlerin önüne geçmesinde yardımcı olduğu düşünülebilir. Bu bağlamda elde edilen bulgular anlamlı olmaktadır.

Cinsiyet değişkenine göre deney grubundaki katılımcıların anksiyete, çift uyumu ve dürtüsellik puanları için anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet değişkeni için kadın bireylerde anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu alanyazın çalışmalarında aktarılmıştır. Bu bulguların temelinde kadınların duygusal dünyalarının daha yoğun ve etkili olması, hormonal değişim dönemlerinin daha fazla olması ve aktif başa çıkma becerilerine sahip olmamaları gösterilmektedir (Altınyazar ve Maner, 2014; Özdamar ve diğerleri, 2014). Alanyazın bilgileri cinsiyete bağlı olarak bireylerin dürtüsellik düzeylerinde anlamlı farkların olduğunu belirtmiştir. Bu dürtüsellik daha çok öfke boyutunda kendini göstermektedir. Bilgin ve Özcan (2012) erkeklerdeki testosteron düzeylerine bağlı olarak dürtüsel eylemlere yönelimin daha olası olduğunu ve saldırganlık davranışlarını daha sık görüldüğünü aktarmıştır (Bilgin ve Özcan, 2012). Ayrıca erkeklerin duyguları üzerinde çok düşünmemeleri daha çok eylem ve davranış odaklı olmaları da dürtüsellik düzeylerinin fazla olmasını açıklar niteliktedir (Alan ve Akdemir, 2017). Çift uyumu için farklılık bulunmaması ise son yıllarda kadın ve erkek rollerinin değişmesi ile açıklanabilir. Kadının toplumda daha fazla rol alması ve etkili olması erkek ile arasındaki farkın kapanmasında ve bireysel farklılıkların bazı alanlarda gözlenmemesine neden olmuş olabilir. Bu bakış açılarının değişmesi ile birlikte daha eşitlikçi, demokratik ve paylaşımcı bir çift ilişkisinde kadın ve erkeğin uyum düzeylerinin de benzer olması beklenmektedir. Şu hâlde çalışmamızdan elde edilen bilgilerin alanyazın çalışmaları ile tutarlı olduğu görülmektedir (Çelik ve Tümkaya, 2012; Günay ve Bener, 2011).

Deney grubundaki evli katılımcıların bekar katılımcılara göre çift uyumunda uzlaşma boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Evliliğin ilişkiler için koruyucu etkisi bilinmektedir. Çiftlerin birbirlerini daha iyi tanımaları ve daha yakın zaman geçirmeleri için fırsat tanıyan evlilik, bu noktada çift uyumuna pozitif katkılar sunmaktadır. Ayrıca evlilik bireyin psikolojik iyi oluşuna olumlu etkileri nedeni ile de çiftler arasındaki uyumun bozulmamasında etkili olduğu düşünülebilir (Öztürk ve Arkar, 2014; Yılmaz, 2001). Ayrıca evlilik sürecinde partnerlerden bir ya da ikisinin hasta olması evlilik kurumu içindeki dayanışmayı ve çiftlerin birbirine daha ilgili olmasını arttıran bir parametre olarak da görülebilir. Çalışma örneklemini için deney grubu katılımcılarının hipertansiyon hastası olmaları da bu noktada evli bireylerde

çiftler arası uyumu arttırıcı bir rolü bulunabilir (Yılmaz, 2001). Diğer yandan çift uyumunun yüksek olması da bireylerin evlilik kararını almalarında bir faktör olduğu düşünülünce çalışmamızdan elde edilen bu bulgunun kendi içinde de tutarlı olduğu da söylenebilir.

Alkol kullanan deney grubundaki katılımcıların çift uyumu ve doyum boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Alanyazın çalışmaları sağlıklı örneklem için alkol kullanımının çift uyumunda olumsuz etkilerinden bahsetmiştir. Tav, Gültekin ve Arpacıoğlu (2018) çalışmalarında alkol kullanımının davranış kontrolün azalması ve aile içi şiddet gibi istenmeyen senaryolara yol açabileceğinin üzerinde durmuştur. Durna, Ülbe ve Dirik (2018) ise çalışmalarında alkol kullanımının cinsel işlev sorunlarına etkisini incelemiştir. Alkol kullanımına bağlı gelişen cinsel işlev bozuklukları çiftler arası uyumun kalitesini niteliksel ve niceliksel olarak olumsuz etkilemektedir. Ancak çalışmamızda elde edilen bulgunun olası sebeplerinden biri olarak alkolün sedadif etkisi gösterilebilir. Hipertansiyon hastaları yaşadıkları stresle mücadelede alkolü yardımcı bir faktör olarak görebilir ve stresin azalması da çiftler arası uyuma hizmet ediyor olabilir. Sigara kullanımına göre deney grubundaki katılımcıların anksiyete, çift uyumu ve dürtüsellik puanları için anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Yapılan çalışmanın sonucunda hipertansiyon hastası bireylerde anksiyete, çift uyumu ve dürtüsellik düzeylerine etki eden değişkenler incelenmiş ve ilgili kavramlar arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Yapılan çalışma hipertansiyon hastası bireylerle yürütülmesi noktasından önemlidir. Elde edilen bulgular alanyazına güncel ve yeni bilgiler sunacaktır. Ancak bu çalışma ilgili konu için bir pilot çalışma gözüyle de değerlendirilebilir. Araştırma desenine hipertansiyonun yanında farklı hastalık gruplarının dahil edilmesi ve gerek grup içi gerek gruplar arası karşılaştırma modelleri ile daha ayrıntılı sonuçlara ulaşılabilir. Bunun yanında karma araştırma modellerinin tercih edilmesi de farklı patolojilerin bu gruplarda görülmesinde etyolojik ve deterministik bilgiler kazandıracaktır.

KAYNAKLAR

- Alan, B. E., & Akdemir, D.** (2017). Ergenlerde kendine zarar verme davranışları: Risk etkenleri, değerlendirme ve önleme. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 60(3), 20-32
- Alexander F.** (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom Med*, 1, 175-179.
- Alkın, T., & Bakış, A. B. G.** (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği,
- Altınyazar, V., & Maner, F.** (2014). Yeme bozuklukları ve psikoz/Eating disorders and psychosis. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 84-96.
- APA**, (2000). *Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı(DSM IV-TR)* (Çev.: Köroğlu E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001
- Arici, M., Turgan, C., Altun, B., Sindel, S., Erbay, B. ve Derici, U.** (2010). Hypertension Incidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study. *Journal of Hypertension*, 28, 240-244.
- Askénazy, F. L., Sorci, K., Benoit, M., Lestideau, K., Myquel, M., & Lecrubier, Y.** (2003). Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *Journal of affective disorders*, 74(3), 219-227.
- Ataoglu S.** (2003). Effects of Depression and Anxiety on Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis, Knee Osteoarthritis and Fibromyalgia Syndrome. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(3), 20-28.
- Ates, S.** (2013). Hipertansiyon ve Öfke. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5 (1), 39-44
- Aydemir Ö., & Bayraktar E.** (1996). Genel tıpta anksiyete. *PsychoMed*, 2(3), 102-112.
- Balcıoğlu İ.** (2002). Anksiyete Bozukluklarının Psikoendokrinolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 45-51.
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., Beutel, M.E.** (2014). The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *DtschArztebl Int.*, 111(27-28), 73-480.
- Bayard, S., Raffard, S., & Gely-Nargeot, M. C.** (2011). Do facets of self-reported impulsivity predict decision-making under ambiguity and risk? Evidence from a community sample. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 322-326.

- Bayraktaroğlu, H. T. ve Tansel Çakıcı, E.** (2017). Psychometric properties of revised form of dyadic adjustment scale in a sample from North Cyprus. *International Journal of Educational Science*, 19(2/3), 113-119.
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., & Kidd, M.** (2008). Improving The Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority for Primary Health Care. *The Lancet*, 372(9642), 940-949.
- Beauchaine, T. P., Zisner, A. R., & Sauder, C. L.** (2017). Trait impulsivity and the externalizingspectrum. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 343-368.
- Beck, A. T. ve Emery, G.** (2011). Anksiyete bozuklukları ve fobiler, bilişsel bir bakış açısı (V. Öztürk, Çev., 2. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A. T., &Steer, R. A.** (1988). Beck anxiety inventory (BAI). ÜberblicküberReliabilitäts-undValiditätsbefunde von klinischenundaußerklinischenSelbst-undFremdbeurteilungsverfahren, 7.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bellani, M., Hatch, J. P., Nicoletti, M. A., Ertola, A. E., Zunta-Soares, G., Swann, A. C., ... &Soares, J. C.** (2012). Doesanxietyincreaseimpulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder?. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 616-621.
- Berman, A. L. ve Jobes, D. A.** (1991). Adolescent suicide: Assesment and intervention. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bilgin, H., & Özcan, N. K.** (2012). Psikiyatri servislerinde agresyon. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 42-47.
- Cheung, A. K., Chiu, T. Y., & Choi, S. Y.** (2021). Couples' self-control and marital conflict: Doessimilarity, complementarity, or totality matter more?. *Social Science Research*, 102638.
- Chibanda D, Sebit M.B., &Acuda S.W.** (2002). Prevalence of Major Depression in Deliberate Self-Harm Individuals inHarare, Zimbabwe. *East African Medical Journal*, 79(5), 263-266.
- Çakır Parmaksızoğlu, A.** (2011). *Aile içi şiddet mağduru olup boşanma sürecinde bulunan kadınlarda travma sonrası stres belirtileri ve ilişkiliözellikler (Yüksek Lisans Tezi)*. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Çelik, C., Özdemir, B., Çaycı, T., Aparcı, M., Özmenler, K. N., Özgen, F., & Özşahin, A.** (2009). Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 158-161.
- Çelik, M., & Tümkaya, S.** (2012). Öğretim elemanlarının evlilik uyumu ve yaşam doyumlarının iş değişkenleri ile ilişkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(1), 223-238.

- Del Carlo, A., Benvenuti, M., Fornaro, M., Toni, C., Rizzato, S., Swann, A. C., ... & Perugi, G.** (2012). Different measures of impulsivity in patients with anxiety disorders: a case control study. *Psychiatry research*, 197(3), 231-236.
- Derogatis, L. R.** (1992). The Brief Symptom Inventory-BSI: Administration, Scoring and Procedures Manual-II. Clinical Psychometric Research Inc.: USA.
- Derrick, J. L., Houston, R. J., Quigley, B. M., Testa, M., Kubiak, A., Levitt, A., & Leonard, K. E.** (2016). (Dis) similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. *Journal of research in personality*, 61, 35-49.
- Durna, G., Ülbe, S., & Dirik, G.** (2018). Kadında cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli müdahaleler: sistematik bir derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 72-90.
- Eysenck, S.B., Eysenck, H.J.** (1977) The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol*, 16, 57-68.
- Geist, R. L., & Gilbert, D. G.** (1996). Correlates of expressed and felt emotion during marital conflict: Satisfaction, personality, process, and outcome. *Personality and Individual Differences*, 21(1), 49-60.
- Gelenberg, A. J.** (2000). Psychiatric and somatic markers of anxiety: Identification and pharmacologic treatment. *Primary Care Companion to The Journal Of Clinical Psychiatry*, 2(2), 49.
- Günay, G., & Bener, Ö.** (2011). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(3), 157-171.
- Gündoğdu, A.** (2007). *Relationship between self-construals and marital quality* (Master's thesis). Middle East Technical University, Ankara.
- Hacıhasanoğlu, R.** (2009). Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF PrevMedBull*, 8(2), 167-172.
- <http://www.tkd-online.org>**, Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri. (2006). http://www.tkd-online.org/link/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi.pdf.
- Işık, E.** (2006). *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Gazi Üniversitesi, Ankara
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C.** (1984). Behavioral Inhibition to the Unfamiliar. *Child Development*, 55(6), 2212-2225.
- Kazgan, A., Yıldız, S., Tabara, M. F., & Atmaca, M.** (2021). Kumar Oynama Bozukluğunda Metabolik Sendrom ve Dürtüsellekle İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3), 257-265.
- King, C., Smith, T. J., Grandin, T., & Borchelt, P.** (2016). Anxiety and impulsivity: factors associated with premature graying in young dogs. *Applied animal behaviour science*, 185, 78-85.
- Koyuncu, A., & Özyıldırım, İ.** (1999). Duygudurum Bozukluğu Eştanısının Sosyal Anksiyete Bozukluğuna Üzerine Klinik Etkisi. *PsycholMed*, 29, 555-567.

- Kulu, M., & Özsoy, F.** (2020). İnternet kafelerdeki sık zaman geçiren gençlerde internet bağımlılığı, dikkat eksikliği ve dürtüsellik. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi*, 24(1), 52-69.
- L'Abate L.** (1993). *A Family Theory Of Impulsivity*. Washington DC, American Psychological Association.
- Leyfer, O.T., Ruberg, J.L., & Woodruff-Borden, J.** (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(4), 444–58.
- Mac Mahon, S., Peto, R., & Cutler, J.** (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part I, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*, 335, 765-74.
- Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S.** (2001) Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Epidemiology, Diagnosis and Management. CNS Drugs*, 15(2), 93-104.
- McArthur, R. A., & Borsini, F.** (2008). *Animal and translational models for CNS drug discovery*. Academic Press.
- Mccance, K.L., Huether, S.E.** (2010), *Pathophysi The Biologic Basic For Disease in Adults and Childeren* (6 th Edition), Mosby.
- McClure, R. F., & Loden, M.** (1982). Religious Activity, Denomination Membership and Life Satisfaction. *Psychology: A Quarterly Journal of Human Behavior*, 9(4), 12-17.
- Merz, E. C., He, X., & Noble, K. G.** (2018). Anxiety, depression, impulsivity, and brain structure in children and adolescents. *NeuroImage: Clinical*, 20, 243-251.
- Moustafa, A. A., Tindle, R., Frydecka, D., & Misiak, B.** (2017). Impulsivity and its relationship with anxiety, depression and stress. *Comprehensive psychiatry*, 74, 173-179.
- Öksüz E.** (2004). Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *Başkent Üniversitesi*, 13(3), 99-110.
- Önal, A.E.** (2004). The Prevalence of Risk Factors for Hypertension in Adults Living in İstanbul. *Blood Pressure*, 13(1), 31-36.
- Onat A.** (2003). Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı (TEKHARF). Soydan İ. Hipertansiyon ile ilgili TEK HARF çalışması verileri ve yorumu. İstanbul: Argos İletişim.
- Onat, A., Yüksel, M., Köroğlu, B., Gümrükçüoğlu, A.** (2013). TEK HARF 2012: Genel koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri, *Türk Kardiyol Dern Arş*, 41(5), 373-378.
- Öngen Z.** (2005). Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, 18(2), 4-7.
- Osman, A, Hoffman, J., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Breitenstein, J.L., & Hahn, S.K.** (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psycholog*, 58(4), 443-456.

- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H., & Muhcu, M.** (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar (Common Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum Period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
- Özdemir, P. G., Selvi, Y., & Aydın, A.** (2012). Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 293-314.
- Özgül, G. E.** (2000). *Evlilik ve Aile Terapisi*. Ankara: PDREM Yayınları
- Özgül, G.E.** (2009). *Ailede İletişim ve Yaşam*. Ankara: PDREM Yayınları.
- Öztürk, C. Ş., & Arkar, H.** (2014). Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatür ve Sempozyum*, 1(3), 16-24.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S.** (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S.** (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*, 51, 768-774.
- Perini, C., Muller, F.B., Rauchfleisch, U., Battagay R., Hobi, V., & Buhler, F.R.** (1990). Psychosomatic factors in borderline hypertensive subjects and offspring of hypertensive parents. *Hypertension*, 16, 627-634.
- Pickering, T.G.** (1990). Does psychological stress contribute to the development of hypertension and coronary disease? *Eur J Clin Pharmacol*, 30, 1-7.
- Pietrabissa, G., Gullo, S., Aimé, A., Mellor, D., McCabe, M., Alcaraz-Ibáñez, M., ... & Fuller-Tyszkiewicz, M.** (2020). Measuring perfectionism, impulsivity, self-esteem and social anxiety: Cross-national study in emerging adults from eight countries. *Body Image*, 35, 265-278.
- Rebellon, C. J., Straus, M. A., & Medeiros, R.** (2008). Self-control in global perspective: An empirical assessment of Gottfredson and Hirschi's general theory within and across 32 national settings. *European journal of criminology*, 5(3), 331-361.
- Ryan, K.** (2018). Öznel iyi oluş: Genel bir bakış. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 2621-2638.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A.** (2000). Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. İstanbul: Güneş Kitabevleri.
- Salman, Ö.** (2011). *Aile birliğinin korunmasında aile içi şiddetin önlenmesine yönelik kamusal politikalar (Yüksek Lisans Tezi)*. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Sarısoy, G., Atmaca, A., Ecemiş, G., Gümüş, K., & Pazvantoğlu, O.** (2013). Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün bedenalgısı ve benliksaygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 14, 53-61.
- Sarki, A. M., Nduka, C. U., Stranges, S., Kandala, N. B. ve Uthman, O. A.** (2015). Prevalence of Hypertension in Low- and Middle- Income Countries. *Medicine*, 94(50), 1-16.
- Schaumberg, K., Wonderlich, S., Crosby, R., Peterson, C., Le Grange, D., Mitchell, J. E., ... & Bardone-Cone, A. M.** (2020). Impulsivity and

anxiety-related dimensions in adults with bulimic-spectrum disorders differentially relate to eating-disordered behaviors. *Eating behaviors*, 37, 101382.

- Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. W., Ostacher, M. J., Fischmann, D., Chow, C. W., & Pollack, M. H.** (2007). The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 41(3-4), 255-264.
- Spechler, P. A., Stewart, J. L., Kuplicki, R., Paulus, M. P., & Tulsa 1000 Investigators.** (2020). Parsing impulsivity in individuals with anxiety and depression whose Cannabis. *Drug and alcohol dependence*, 217, 108289.
- Steinmetz, L. C. L., Godoy, J. C., & Fong, S. B.** (2020). Altitude and latitude variations in trait-impulsivity, depression, anxiety, suicidal risk, and negative alcohol-related consequences in Argentinean adolescents. *Heliyon*, 6(7), e04529.
- Stroud, C. B., Durbin, C. E., Saigal, S. D., & Knobloch-Fedders, L. M.** (2010). Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An actor-partner interdependence model analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 466-477.
- Tav, A. Ş., Gültekin, B. K., & Arpacıoğlu, B. S.** (2018). Aile içi fiziksel şiddete maruz kalmış evli kadınlarda klinik özellikler, çiftler arası uyum ve cinsel yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri*, 21, 254-260.
- Tuğrul A.** (2002). Diabetes Mellitus and Hypertension. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(1), 44-54.
- Tükel, R., & Alkın, T.** (2000). Anksiyete bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 1, 551-552.
- Ulaşoğlu, Ö.** (2020). *Dürtüsel Davranışların ve İletişim Yeterliliğinin Evlilik Uyumu ile İlişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yakındoğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu.** Türk Kardiyoloji Derneği İlaç Ürünleri, İstanbul. 2000, 22-23.
- Uysal, Z., & Aslan, H.** (2018). Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri ile Sürekli Kaygı ve Baş Etme Becerileri Arasındaki İlişki. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(34), 68-80.
- von Hippel, W., & Gonsalkorale, K.** (2005). "That is bloody revolting!" Inhibitory control of thoughts better left unsaid. *Psychological Science*, 16(7), 497-500.
- Wattigney, W.A., Mensah G.A., & Croft, J.B.** (2003) Increasing trends in hospitalization for atrial fibrillation in the United States, 1985 through 1999: implications for primary prevention. *Circulation*, 108, 711-716.
- Wolf, S., & Wolff H.G.** (1951) A summary of experimental evidence relating life stress to the pathogenesis of essential hypertension in man. in *Hypertension* (Ed. TE Bell) University of Minnesota Press, Minneapolis.

- World Health Organization.** (2013). A Global Brief on Hypertension. WHO/DCO/WHD/2013.2.April3.Switzerland.(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1).
- www.tkd.org.tr,** TEKHARF çalışması (2000), Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu(<http://www.tkd.org.tr/kilavuzu/k03.htm>), (12.Mart 2017).
- www.tkd.org.tr,** Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu. (2000). <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>.
- www.turkhipertansiyon.org,** Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php.
- Yeo, S. K., & Lee, W. K.** (2017). The relationship between adolescents' academic stress, impulsivity, anxiety, and skin picking behavior. *Asian journal of psychiatry*, 28, 111-114.
- Yılmaz, A.** (2001). Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4(4), 15-30.