



**HİPERTANSİYON HASTALARININ
HASTALIK ALGISI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ceylan YALÇIN
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**HİPERTANSİYON HASTALARININ
HASTALIK ALGISI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ceylan YALÇIN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kan Basıncı.....	4
2.2. Hipertansiyon Tanımı	4
2.3. Hipertansiyonun Patofizyolojisi	4
2.4. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	5
2.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	6
2.5.1. Etiyolojik Sınıflandırma	6
2.5.1.1. Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	6
2.5.1.2. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon.....	7
2.5.2. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma	7
2.6. Hipertansiyonda Belirti ve Bulgular	8
2.7. Hipertansiyonda Risk Faktörleri	8
2.8. Hipertansiyonun Tedavisi	8
2.8.1. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemi.....	8
2.8.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemi.....	9
2.9. Hipertansiyon ve Hastalık Algısı	10
2.10. Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	11

2.11. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü	14
3. MATERYAL VE METOT.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği	17
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	19
3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	20
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4. BULGULAR.....	22
5.TARTIŞMA.....	42
5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
5.2. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması	43
5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Tanımlayıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması	46
5.4. Hastalık Algısı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulguların Tartışılması	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	52
EKLER	61
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	61
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	62

EK-3. UYGULAMA İZİNİ.....	63
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	64
EK-5. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ	65
EK-6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II.....	69



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalıőmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aőamasında her konuda deneyimleri ile bana yol gösteren, yardım ve desteğini esirgemeyip her daim hissettiren çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Mehtap TAN'a en derin saygı ve őükranlarımı sunarım.

Bilgi ve becerisiyle meslek hayatımın başlangıcından bu yana varlığını her zaman yanımda hissettiğim değerli arkadaőım Uzman Hemşire Eda KALKAN GÖKDAM'a, araştırmanın veri toplama sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli öğrencim őevval ARAN'a, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara, hayatımı kolaylaştırmak, güzelleőtirmek için ellerinden gelenin de fazlasını yapan ve hep yanımda olan sevgili aileme canı gönülden teşekkür ediyorum.

Ceylan YALÇIN

ÖZET

Hipertansiyon Hastalarının Hastalık Algısı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve ikisi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Bingöl Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine Ekim 2022 - Ocak 2023 tarihleri arasında başvuran araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 250 hipertansiyon hastası dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, aritmetik ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA, Post Hoc analizler için Bonferroni testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastalık Algısı Ölçeğine ait hastalık belirtileri alt boyutundan 7.12 ± 2.88 , hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutlarına ait puan ortalamaları; süre-akut/kronik 24.73 ± 4.84 , sonuçlar 21.42 ± 5.49 , kişisel kontrol 23.01 ± 3.55 , hastalığı anlayabilme 14.64 ± 5.38 , süre döngüsel 15.51 ± 2.56 , duygusal temsiller 22.66 ± 5.46 bulunmuştur. Hastalık nedenleri boyutuna ait psikolojik alt boyutundan 20.20 ± 4.92 , risk alt boyutundan 20.00 ± 4.14 , bağışıklık alt boyutundan, 7.64 ± 2.52 ve şans alt boyutundan 4.20 ± 1.54 puanını almışlardır. Toplam SYBDÖ II puan ortalaması 113.74 ± 17.18 bulunmuştur.

Hipertansiyon hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği hastalık tipi alt boyutu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar: Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arasında negatif ve pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artırılmasını sağlamak amacıyla hemşirenin danışmanlık ve bakım rolünün kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, hemşirelik, hipertansiyon, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

Evaluation of Disease Perception and Healthy Lifestyle Behaviors of Hypertension Patients

Aim: The purpose of this research is to evaluate the disease perception and healthy lifestyle behaviors of hypertension patients and to determine the relationship between the two.

Material and Method: This research included 250 hypertension patients who met the research criteria and agreed to participate in the study at Bingöl State Hospital Cardiology Polyclinic between October 2022 and January 2023. Personal Information Form, Illness Perception Scale and Healthy Lifestyle Behaviors Scale 2 were used to collect data. In the evaluation of the data, arithmetic mean, standard deviation, skewness and kurtosis coefficients, t-test in independent groups, one-way analysis of variance (ANOVA), Welch ANOVA in cases where group variances are not homogeneous, Bonferroni tests and correlation analysis were used for Post Hoc analyses.

Results: Illness Perception Scale, 7.12 ± 2.88 from the disease type sub-dimension, mean scores from the views about the disease sub-dimension; duration-acute/chronic 24.73 ± 4.84 , results 21.42 ± 5.49 , personal control 23.01 ± 3.55 , understanding the disease 14.64 ± 5.38 , duration cyclical 15.51 ± 2.56 , emotional representations 22.66 ± 5.46 . They received 20.20 ± 4.92 points from the psychological sub-dimension of the disease causes dimension, 20.00 ± 4.14 from the risk sub-dimension, 7.64 ± 2.52 from the immunity sub-dimension, and 4.20 ± 1.54 from the luck sub-dimension. The total HLBS II score average was found to be 113.74 ± 17.18 . It was found that there was a weak negative relationship between the disease type subscale of the Illness Perception Scale and the physical activity, nutrition, spiritual development and total scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale in hypertension patients.

Conclusion: In line with the results obtained from the research, it was concluded that there was a negative and positive significant relationship between the disease perception of hypertension patients and their healthy lifestyle behaviors. It is recommended that the nurse's consultancy and care role be used in order to increase disease perception and healthy lifestyle behaviors.

Key Words: Disease perception, nursing, healthy lifestyle behaviors, hypertension

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Analysis of Variance – Varyans Analizi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DASH	: (Dietary Approaches to Stop Hypertension)- Hipertansiyon Düşürücü Diyet
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: European Society of Cardiology (ESC) -Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: European Society of Hypertension(ESH) Avrupa Hipertansiyon Derneği
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği
HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan Basıncı
Patent	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Kan Basıncı tanım ve sınıflandırılması.....	7
Tablo 2.2. Kan basıncı ölçümüne göre hipertansiyon sınıflandırması.....	7
Tablo 4.1. Hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı	22
Tablo 4.2. Katılımcıların HT ilişkin özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4.3. Hastalık tipi: hastaların belirtilerinin hastalığıyla ilişkilendirmesi.....	24
Tablo 4.4. Hastaların HAÖ puan ortalamalarının dağılımı.....	25
Tablo 4.5. Hastaların SYBDÖ II ait puan ortalamalarının dağılımı	26
Tablo 4.6. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	28
Tablo 4.7. Hastaların HT ilişkin özellikleri ile HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 4.9. Hastaların hipertansiyona ilişkin özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39

1. GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de hipertansiyon (HT), erişkinlerde oldukça sık karşılaşılan kronik bir hastalıktır. HT, kan basıncının (KB) klinikte düzenli aralıklarla bakılmakta olup, düzeylerinin 140/90 mmHg’den yüksek olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Aydoğdu ve ark.,2019). HT varlığı bireylerin yaşadığı yer, demografik özellikler, diyetin içeriği ve genetik etkenlerin farklılıklar göstermesiyle önemli sağlık sorunları açısından ciddi bir hastalıktır (Ekim, 2018).

HT’ye bağlı kan damarları, kalp, böbrekler, gözler ve beyin gibi organlarda hasarlar meydana gelmektedir. Ayrıca sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetmezliği, iskemik ve hemorajik inme, intraserebral kanama, iskemik kalp hastalıkları ile kardiyak ölümler için önemli bir risk faktörüdür (Williams ve ark., 2018).

Dünya çapında 30-79 yaş arası tahmini 1,28 milyar yetişkin hipertansiyon hastası mevcut olup bunların çoğu (üçte ikisi) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. HT’si olan yetişkinlerin tahminen %46’sı bu duruma sahip olduklarının farkında değil. HT’li yetişkinlerin yarısından azı (%42) teşhis edilip tedavi edilmektedir (World Health Organization, 2023). HT’si olan yaklaşık 5 yetişkinden 1’inde (%21) hipertansiyon kontrol altındadır. HT dünya çapında erken ölümün önemli bir nedenidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik küresel hedeflerden biri, HT prevalansını 2010 ile 2030 yılları arasında %33 oranında azaltmaktır (World Health Organization, 2023). HT, dört erkekten biri ve beş kadından biri ile erken ölümün önemli bir nedenidir (Arnett, 2019; Virani, 2020). Son yıllarda diyetle artan sodyum tüketimi, fiziksel hareketsizlik, obezite ve nüfusun yaşlanması, Türkiye’de hipertansiyon prevalansının artmasına neden olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2020 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 83 milyonun üzerindedir (TÜİK, 2020). PatenT2 çalışmasında yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31,2 olarak bildirilmektedir (Şengül ve ark., 2016) Türkiye’de

hipertansiyon prevalansı gençler arasında ve hatta çocuklar arasında artmaktadır (Alper ve ark.2018).

Hastalık algısı, bireylerin yaşamı boyunca kültürel inançlarını, düşüncelerini, psikolojik ihtiyaçlarını ve tedavi sürecini etkileyen bir kavram olup bireyin hayatını bütünüyle ele almaktadır (Kocaman ve ark., 2007).

Bireyin sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek günlük aktivitelerini sürdürme ve sağlığını etkileyen bütün davranışları kontrol ederek düzenlemesine sağlıklı yaşam biçimi denir (Şahin ve ark., 2015). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için hipertansiyon hastalarının günlük yaşam aktivitelerini değiştirmesi gerekmektedir (Güneş ve ark., 2005). Bireyler hayatlarında sağlıklı yaşam biçimini benimseyerek daha düzenli beslenmekte, kardiyovasküler hastalıklarından korunmakta, bağışıklık sistemlerini güçlendirmekte, normal vücut ağırlığını koruyabilmekte ve stresle baş etmede uygun yöntemler elde edebilmektedirler (Bahar ve ark., 2008).

Bireylerin hipertansiyon hastalığını algılama biçimleri, fiziksel aktivenin artırılması, sağlıklı beslenme, fazla kalori ve tuz tüketiminin azaltılması, sigaradan uzak kalması, kilo verme vb. sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerini tansiyon regülasyonu açısından gerçekleştirmesi temel tedavi basamağıdır (Verdecchia ve ark., 2020). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum günümüzde hala istenen düzeye gelmemiştir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2009). Hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumunda ve bakımında hemşirelere düşen görev hipertansiyon yönetiminin her yönünü kapsamaktadır. Hemşirelerin hipertansiyonda hasta tanılması ve yakınları ile iletişimde olması, işbirlikçi bir tedavi planı geliştirme ve izlemi sürdürmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Himmelfarb et al., 2016). Araştırmalara göre hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile hastalığının farkında olup ciddiyetine inanma ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesi tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyen faktörler arasındadır

(Bahar ve ark., 2008). Hemşirelerin de hipertansiyon yönetiminde etkili olduğu pek çok araştırma sonucunda kanıtlanmış ve bu kanıtlardan hareketle hemşirelerin, hipertansiyon tanısı almış bireyin bakımı, hastalık ve tedavisine dair eğitimi ve hipertansiyon yönetiminde, sağlık bakım profesyonelleri içerisinde etkin ve danışman rolü ile yönlendirici olarak yer almaktadır (Yıldırım ve ark., 2021).

Bu sonuç HT hastalarının hastalık algısı, ilaç, diyet ve egzersiz uyumunu etkileyen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren çalışmaların daha fazla yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle bu çalışma hipertansiyon hastalarının hastalık algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kan Basıncı

KB, popülasyonda sürekli olarak değişen ve ötesinde riskin arttığı tanımlanmış eşik bir değeri olmayan biyolojik bir özelliktir (Özdoğan, 2017). Başka bir tanımla dolaşımdaki kanın arter damar duvarına yaptığı basıncın ölçülebilir bir artışta olmasına denir (Çevik ve ark., 2020).

2.2. Hipertansiyon Tanımı

HT, halk sağlığını tehdit eden, erken ölüm ve sakatlığın fazla olduğu kronik hastalıklar arasında en sık görülen önlenemez ve aynı zamanda tedavi edilebilir bir hastalıktır (Aydoğdu ve ark., 2019). HT, farklı yaş gruplarından ve farklı ekonomik sınıflardan herkesi etkileyebilmesi nedeniyle heterojen bir hastalık grubu olarak da bilinmektedir (Soemah, 2017). HT'nin 'Sessiz' durumu göz önüne alındığında, önemli sayıda insan hipertansiyon hastası olduğunun farkında değildir ve bu da onları kardiyovasküler hastalıklar açısından daha yüksek risk altına sokmaktadır (Oliveira, 2021). Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH)'nin yayınladığı 2018 yılı klavuzunda HT; sistolik kan basıncı (SKB) değerinin 140 mmHg veya üzeri, diyastolik kan basıncı (DKB) değerinin 90 mmHg veya üzeri olması durumu olarak belirtilmektedir (Williams ve ark., 2018).

2.3. Hipertansiyonun Patofizyolojisi

HT' nin patofizyolojisinde değişimlere yol açılmasının nedeni kan basıncı değerinin normal aralıklarda kalmasında etkili olan birden çok mekanizmanın bozulmasıdır (Badır 2011). Arteriyel kan basıncı, kalp debisi ve en yaygın olarak periferik vasküler yatağın kan akımına gösterdiği direnç ile ilişkilidir. Vasküler direnç (sistemik damar direnci) ve kalp debisi arasındaki uyum, tansiyonun normal sınırdaki kalmasını sağlar (Barret ve ark., 2018).

HT' nin patofizyolojik mekanizmalarının arka planında genetik yatkınlık rol oynamaktadır. Primer hipertansiyon, birden fazla gen tipi ile ilişkili olup pozitif bir aile öyküsü ile bağlantılıdır (Hall ve Hall, 2017). HT' nin patofizyolojisinde renin anjiyotensin sisteminin bozulması HT' nin birçok türünün ana sebeplerinden biri olduğu görülmüştür (Nagarajan, 2023). HT' nin oluşumunda artmış sempatik sistemin etkileri, baroreseptör sistem, renin anjiyotensin sisteminin devreye girmesi sonucu sistemik damar direnci ve ekstraselüler sıvının artması, sıvı elektrolit dengesi (sodyum, klor alımının artması ya da geri emiliminin artması), suyun geri emiliminin artması, tromboksan gibi vazokonstriktörlerin aşırı salınımı, nitrik oksit gibi vazodilatör maddelerin salınımında azalması, diyabetin varlığı obezitedeki artış ve trigliserid yüksekliği gibi patofizyolojik süreçler etkilidir (Kotchen, 2010). Yaşın ilerlemesiyle beraber kalp ve damar yapısındaki değişiklikler, damar duvarında kollajen madde birikiminin artması, arter duvarının progresif sertleşmesi ve damar elastikliğindeki azalma hipertansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Balcı Alparslan ve ark., 2019).

2.4. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık (KVH) için en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir ve dünya çapında morbidite ve mortaliteye en fazla katkıda bulunanlardan biridir. HT sıklığı yaşla birlikte artmakla birlikte ve obezite, beslenme, fiziksel aktivite ve diyabet gibi risk faktörleriyle hipertansiyon gelişimi arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2022). Küresel olarak, dört kişiden birinin hipertansiyona sahip olduğu tahmin edilmektedir. Yapılan bir meta-analizde kontrolsüz HT hasta oranının 11 milyon olduğu bulunmuştur (Kılıçkap ve ark. 2018). Optimal olmayan kan basıncı, küresel hastalık yüküne ve küresel tüm nedenlere bağlı ölümlere katkıda bulunan en büyük tek risk faktörüdür (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2022). Türkiye'de 15-16 milyon hastanın HT olduğu tahmini olarak

belirtilmektedir (Kolcu ve ark., 2017). Türkiye’de 2003 yılında yapılan Patent çalışmasında HT görülme sıklığı %31.8 olarak bildirilmiştir. 2012 yılında yapılan Patent-2 çalışmasında ise tüm nüfusta %30.3 olduğu, bunun %32.3 kadın nüfusta, %28.4 erkek nüfusta olduğu ve HT hastalarının %54.7’sinin hastalıklarının farkında olduğu, hastaların %28.7 ’inin tansiyon değerlerini kontrol ettikleri ve ilaç kullananların %47.5 olduğu bildirilmiştir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2016). Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) prevalans çalışmasında HT görülme sıklığının %33.7 olduğu bildirilmektedir (Civek ve ark., 2022). 2019 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölüm nedenleri arasında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir. (Civek ve ark., 2022).

2.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

HT sınıflandırılması nitel özellik taşıyor ancak tanı ve tedavide ayırt edici özellik olmasından dolayı önemlidir (Dağ 2017). HT genellikle etiyolojisine veya kan basıncı değerlerine göre sınıflandırılır.

2.5.1. Etiyolojik Sınıflandırma

Etiyolojik sınıflandırmada HT iki gruba ayrılmaktadır; primer (esansiyel) hipertansiyon ve sekonder (ikincil) hipertansiyon.

2.5.1.1. Esansiyel (Primer) Hipertansiyon

Primer (esansiyel) hipertansiyon, asıl nedeni (patolojisi) bilinmeyen, sekonder nedenlere bağlı olmayan kan basıncının sürekli yüksekliğine denir. Mevcut HT tanısı alan hastaların % 90-95’i bu grupta yer almaktadır. Primer hipertansiyonun oluşumunda tek bir neden yoktur, bir çok faktör oluşumuna sebep olmaktadır. Bunlar; yaşam tarzı değişikliğinin, fazla tuz alımının, obezitenin, fiziksel hareket yetersizliği gibi faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir (Durmaz ve ark., 2017).

2.5.1.2. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon

Oluşumunda başka bir hastalığın sebep olduğu hipertansiyon çeşididir. Kanın artere yaptığı basınç sonucu, bir hastalığın farklı bulgularından birini ortaya çıkardığı durumlardır. HT tanısı alan hastaların % 5-10 luk kısmında yer almaktadır. En çok görülen renal nedenli ikincil hipertansiyondur; bunu endokrin kaynaklı nedenler, uyku- apne sendromu, nörolojik hastalıklar, aortta darlık, gebelik, akut stres, ilaç ve alkol kullanımına bağlı nedenler izlemektedir (Erkoç Balız, 2013).

2.5.2. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre sınıflara ayrılmış olup, 2018 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH)'nin yayınlamış olduğu klavuz Tablo 2.1.'de gösterilmektedir (Williams ark., 2018; Whelton., 2018; ESC/ESH-2018).

Tablo 2.1. Kan Basıncı tanım ve sınıflandırılması

Kategori	SKB(mmHg)	DKB (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek Normal	130-139	85-89
Evre 1	140-159	90-99
Evre 2	160-179	100-109
Evre 3	≥180	≥110
İzole Sistolik	≥140	<90

Tablo 2.2. Kan basıncı ölçümüne göre hipertansiyon sınıflandırması

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Normal kan basıncı	<130	ve	<85
Yüksek-normal kan basıncı	130-139	ve/veya	85-89
Grade-1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Grade-2 Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100

2.6. Hipertansiyonda Belirti ve Bulgular

Hipertansiyonun oluşumu uzun bir süreci kapsadığından belirtiler genellikle olmadığı için bireyler hastalıklarının farkında değildirler (Menon ve ark., 2017). Hasta bireylerin bir kısmında ise kan basıncı yüksekliğinin yanı sıra görülebilecek başlıca bazı belirtiler; zonklayıcı tarzda olabilen baş ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi, çarpıntı, göğüs ağrısı, epistaksis, çift görme, bulanık görme, kulaklarda çınlama bazen çok sık idrara çıkma, yüzde kızarma, bacaklarda şişliktir (Zengin ve ark., 2018).

2.7. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Hipertansiyonun ortaya çıkmasında iki çeşit risk faktörü neden olmaktadır. Bunlar değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2018 Kılavuzunda; hipertansiyonun değiştirilemeyen risk faktörleri aile hikayesi, yaş, cinsiyet ve etnik yapı şeklinde yer alırken, değiştirilebilen risk faktörleri arasında stres, obezite, beslenme ve madde kullanımı yer almaktadır (Oliveira, 2021).

2.8. Hipertansiyonun Tedavisi

HT tedavisindeki amaç kardiyovasküler hastalığının ilişkili olduğu morbidite ve mortalite oranını azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporunda HT prevalansının yüksek çıkması nedeniyle dünyada ölüm nedeni olarak en önde olduğu belirtilmektedir (Aydın ve ark., 2014). Hipertansiyonun farmakolojik ve farmakolojik olmayan(non-farmakolojik) iki tedavisi vardır.

2.8.1. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemi

HT'de KB'yi düzenlemek için farmakolojik tedavi öncesinde kullanılan yöntemler olup bu yöntemlerin kan basıncı değerlerini düşürdüğü aynı zamanda KVH riskini de azalttığı bildirilmektedir (Candan ve ark., 2005). Erişkin bir bireyin yaşam tarzı değişikliği, hipertansiyonun önlenmesinde önemli bir yere sahip olduğu için hangi evrede

olursa olsun önerilmelidir (Yıldırım, 2021). HT'nin I evresinde hasta olan bireyde ilaç kullanımını geciktirmekte yaşam tarzı değişikliği etkili olabilmektedir. Yaşam tarzı değişikliğinin avantajı kadar, önemli bir dezavantajı olabilmekte bu zaman içerisinde sürekliliğin olmayışından kaynaklanmaktadır. Yaşam tarzı değişikliklerin kan basıncını azalttığı görülmektedir bunlar; düzenli fiziksel aktivite ve bu sayede ideal kiloyu koruma, tuz alımı, sigaranın bırakılması, alkol tüketiminin azaltılması, sebze ve meyvenin yüksek oranda tüketilmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleridir (Williams B et al. 2018).

İdeal vücut ağırlığı: Hasta fazla kilolu ise uygun olan kiloya inmesinin sağlanması ya da en azından kendi ağırlığının %5-10'u kadar kilo kaybının önerilmesi,

Tuz kısıtlaması: Günlük kullanılması önerilen 5-6 g tuzdan fazla kullanılmamasının önemi,

Sağlıklı beslenme: Sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıl, bakliyat, haftada en az iki kez balık tüketimine dikkat edilmesi gerektiği,

Sigara: Tütün ürünlerinin kullanımının bırakılmasının sağlanması,

Alkol kısıtlaması: Mümkün olduğu kadar alkolün kullanılmaması; eğer kullanıyorsa erkekler için en fazla 20-30 g/gün, kadınlar için 10-20 g/gün etanol ile sınırlandırılması gerektiği,

Hareketli yaşam: Haftada en az 5 kez 30 dakikadan az olmayan fiziksel aktivite önerilmesi,

Stres yönetimi gibi yaşam tarzı değişiklikleri uygulanmalıdır (Böcek ve ark., 2020).

2.8.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemi

HT da farmakolojik tedavi yöntemindeki amaç hastaların yaşamını etkilemeden HT nin ortaya çıkardığı morbidite ve mortalite risk oranını en aza düşürmektir (Yıldırım, 2021). Yeterli hasta sayıları içeren büyük randomize çalışmalarda, hipertansif hastalarda

antihipertansif tedavinin sağladığı faydaların önemli bölümünün kan basıncı (KB) düşürücü etkiden kaynaklandığı gözlenmiştir. HT de tedaviye başlamak için toplum genelinde eşik değer klinik SKB ≥ 140 mmHg veya DKB ≥ 90 mmHg olmaktadır. Tedavi kararını kan basıncı değeri ile birlikte; risk faktörleri ve eşlik eden diğer hastalıklar da etkilemektedir (Böcek ve ark., 2020). Hipertansiyon hastaların çoğunda yaşam tarzı değişiklikleri yeterli olmamakta ve farmakolojik tedavi yöntemine ihtiyaç duyulmaktadır. HT tedavisinde yönergelerde ilaç tedavisinin 5 ana grubu önerilmektedir. HT hastalarında kullanılan başlıca antihipertansif ilaç grupları; Anjiyotensin dönüştürücü enzim, alfablokerler, betablokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretiklerdir (Williams ve ark., 2018).

Farmakolojik tedavinin uygulanmasında risk grubunda olan hamilelik sürecinde bulunan kadınlar, yaşlı bireyler, dirençli hipertansiyona sahip bireyler, kalp hastalığı olan bireyler, kadınlar ve nefropatisi olan bireylerin ilaç dozunun, miktarının özel olarak ayarlanması gerekmektedir (Aksakal, 2014).

2.9. Hipertansiyon ve Hastalık Algısı

Hastalık algısı, hastalık veya belirti ile ilgili bireylerin, inanç ve beklentilerinin yansımasıdır. Başka bir anlamla hastalık algısı bireyin kişisel bilgilerinden, değer ve inançlarından etkilenerek zihninde anlamlandırıldığı bilişsel durumdur (Çırpan Kantarcıoğlu ve ark., 2019). Leventhal'in 'öz düzenleme modeli'ni temel almakta olan hastalık algısı kavramına göre bireyler sunulan bilgileri somut ve soyut kaynakların çerçevesinde zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden diğer durumlarla ilgili şemalar oluşturmaktadır (Sarı ve ark., 2009). Hasta bireylerin zihinlerinde oluşturdukları bu bilişsel modeller, tedavi ve durum kontrolü ile ilgili inançları da içermektedir. Her bireyin ötekenden farklı olarak ortaya koyduğu inanç, yorum, duygusal ve davranışsal tepkilerinden oluşan bu bilişsel model bireyin hastalığı anlamasını, baş etme şeklini,

psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyen unsurlardandır (Uysal ve ark., 2013). Hastalık algısının bireylerde artmasıyla tedaviye uyumunun istenilen düzeye ulaşmasının kolaylaşacağı ve bireyin sağlıklı yaşam kalitesinde artış olacağı vurgulanmaktadır (Aalto ve ark., 2005). Leventhal ve ark., (1997) hastalık algılarının beş bileşenini belirledi:

1. Hastalığın bir parçasını oluşturan semptomlara ilişkin inançlar (**kimlik algısı**);
2. Hastalığın nedeni hakkındaki inançlar (**nedensel algılar**);
3. Döngüsel dalgalanmalar olsun ya da olmasın, hastalığın akuttan kronikliğe doğru zaman çizelgesine ilişkin inançlar (**zaman algısı**);
4. Hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlar (**sonuçlar**) ; ve
5. Hastaların hastalıkları ve tedavisi üzerinde kontrol sahibi olduklarına ilişkin inançlar (**kontrol edilebilirlik algısı**) (Leventhal ve ark., 1997).

Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının kan basıncı ve öz-bakım aktiviteleri ile ilişkisi belirlenmiştir ve bu parametreler üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (Chen ve ark., 2009). Hipertansiyon tedavisinde başarı, bireyin hastalık algısı, inançları, hastalık deneyimleri ve tedaviye uyumu ile yakından ilişkilidir (Özpancar, 2016).

2.10. Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin bütün hayatını, sağlığını etkileyebilen davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık statüsüne uygun olan davranışları seçerek düzenlemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Şahin ve ark., 2015). Bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürmesindeki ana belirleyici, yaşam biçimi davranışlarındaki tutumudur (Bahar ve ark., 2008). Bireyin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmesi ve aynı zamanda hastalıklardan korunması için inandığı ve uyguladığı davranışların tümüne sağlıklı yaşam biçimi davranışları denmektedir (Dashti ve ark., 2016). DSÖ bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve yaşam

stilllerinden kaynaklandığını işaret etmektedir. Yaşam biçimi davranışlarından kaynaklı ölüm oranı, gelişmiş ülkelerin %70-%80'i, gelişmekte olan ülkelerde %40-%50'i olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi şeklinde başlıklandırılmıştır (Nazari ve ark., 2016).

Sağlık sorumluluğu, bireylerin bedensel, ruhsal ve soysal olarak iyilik halinin devamlılığının sağlanması için sorumluluklarının farkında olması ve yerine getiriyor olmasına denir. Bireyin vücudunda çıkan anormal belirtileri anlaması kendini tanıyıp olması, düzenli sağlık kontrollerini yaptırıyor olması, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi ve bilgilerini güncellemesi, sağlığını koruyucu önlemleri alıp iyilik halini sürdürebilmesi bireyin sorumlulukları arasındadır (Bozhüyük ve ark., 2012).

Fiziksel aktivite, kasın kütlesini, kasın dayanıklılığını, esnekliğini barındırır ve vücut fonksiyonlarını içerir. Birçok araştırmada sedanter yaşam tarzının kan basıncını arttırdığı bilinmektedir (Bozkuş ve ark., 2013). Fiziksel aktivite SKB/DKBnı hipertansif olmayan bireylerde 3.0/2.4 mmHg, hipertansif bireylerde ise 6.9/4.9 mmHg azaltmaktadır. İşyerinde yapılan hareketler, bağ-bahçe işleri, fiziksel egzersizlerin hepsi fiziksel aktiviteye dahildir. Ekonomik açıdan da uygun olan fiziksel aktivite bireyin sağlığı üzerine olumlu etkisi çok fazladır. Fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması bireyin büyüme ve gelişmesinde, KVH riskinin azaltılmasında ve tedavi edilmesinde, sosyal çevrenin iyileştirilmesinde ve kötü alışkanlıklardan korunmasında etkilidir (Bulut, 2013).

Beslenme, “sağlığın devamlılığı, hastalıklardan korunma ve geliştirme, yaşamın devamlılığının sağlanması amacıyla gerekli olan besin maddelerinin tüketilmesi” şeklinde ifade edilmektedir. Beslenme alışkanlığı genetik faktör, çevresel koşullar, kültürel farklılıklar gibi birçok değişkene bağlıdır (Sakar ve ark., 2019). Çevresel

faktörler içerisinde en önemli yeri diyet almaktadır. Diyet denildiğinde akla ilk gelen sodyum alımının azaltılması ve kilo kaybıdır (Ermiş ve ark., 2015). Özellikle literatür araştırmalarında hipertansiyonda en çok kullanılan DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyetinin KB'yi azaltmadaki önemli katkısı kanıtlanmıştır (Uyarel, 2014; Yüksel, 2020).

Hipertansif olmayan bireylerde, KB'yi azaltıcı diyet değişikliklerinin HT'yi önleyici ve KB ilişkili kardiyovasküler olayları azaltıcı potansiyel etkileri vardır (Uyarel, 2014). DASH diyeti ve yüksek diyet potasyum tüketimi sodyum alımının negatif etkilerini dengelemektedir. Bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal olarak sağlıklarının korunması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıyla gerekmektedir. Günlük beslenmede her gruptan besin bulunmaktadır ve eğer birey bu besinleri gereksinimine uygun karşılarsa yeterli ve dengeli beslenmiş olmaktadır (Yüksel, 2020).

Manevi gelişim, insanı insan yapan en önemli değerlerdendir. Sağlığın manevi boyutu bireyin yaşamına anlam vermesi, yaşama umuduna sahip olma gereksinimini ve daha üstün bir güce yönelik inanç ve güven duyma gereksinimini vurgulamaktadır. Ağrı ve anksiyeteyi azaltması ve mental, fizyolojik, psikolojik rahatlığı artırarak iletişimi olumlu etkilemektedir. Maneviyatın boyutu sağlık, iyilik ve yaşam kalitesinin üzerine etkisi vardır ve ölçümü güçtür (Bozhüyük ve ark., 2012).

Stres, “insanların birtakım faktörler aracılığıyla yapısal olarak bozukluğa uğrama hali” şeklinde açıklanmaktadır. Stresin yönetimi ise “bireyi sıkıntıya sokacak durum ile karşı karşıya kalındığında etkin bir başatma şekli belirleyip stres durumunun minimum düzeye indirilerek ve etkisinin azaltılması” şeklinde açıklanmaktadır (Yasemin ve ark., 2018). Stres sırasında vücut alarma geçerek ve sempatik sinir sistemini (vücudu uyarıcı nitelikte olan) devreye sokar. Kan akışı hızlandığı ve kalp atışının arttığı bu stres durumu kalp hastalıkları ve hipertansiyon için risk faktörü olmaktadır.

Kişiler arası ilişkiler, bireyin sağlıklı yaşamının temel gereksinimi olan fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik halinin sürdürülmesine olanak sağlayacaktır. Bireyin sağlıklı bir şekilde toplum içinde iletişim kurabilmesi kişiliğinin gelişiminde önemli bir role sahiptir. İlişkilerin olumsuz olması durumunda bireyin yaşamdan doyum almaması, aile içi sorunların artması, stresli olması ve fizyolojik açıdan hastalıklara daha kolay yakalandığı görülmektedir. Kişisel arası ilişkilerin sağlıklı ve güçlü olması birey hastalıklardan korunmasında etkilidir (Batıgün ve ark., 2010).

Hipertansiyon dünya ve Türkiye nüfusunun çoğunluğunu etkisi altına alan, belli kurallara uymayı, yaşam biçiminde değişiklikler yapmayı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmayı gerektiren kronik bir hastalıktır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişiklikler hipertansiyonu önlemede anahtar kilit nokta olduğu belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2015). Bireyler bu hastalığın risk faktörlerini bilir, hastalığı ve gösterdiği etkileriyle yaşam tarzını değiştirerek kontrol altına alabileceğine inanır ve yaşam biçiminde değişiklikler yaparak hipertansiyonun kontrolünü kolaylaştırır (Şamdanlı, 2022).

2.11. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşire, hasta ve ailesiyle en uzun zaman geçiren ve iletişimi kesintisiz sürdürebilen sağlık profesyonelidir. Hemşire bireyin bakımına, hastalığına, tedavi programına uyumuna ve işbirliğini sağlamada anahtar role sahip olmaktadır (Karagülle ve ark., 2020). Hipertansiyon kontrolünün iyileştirilmesinde hemşirenin rolü son 50 yılda genişlemiştir. Hemşirelerin katılımı, KB ölçülmesi ve izlenmesi ve hasta eğitimi ile başladı ve KB kontrolünü iyileştirmede en etkili stratejilerden biri haline gelecek şekilde genişledi. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü hasta bakımında da her yönü ele almaktadır (Yıldırım, 2021).

Günümüzde hemşirelerin HT yönetimindeki klinik rolleri;

- Tespit, sevk ve takip;
- Teşhis ve ilaç yönetimi;
- Hasta eğitim, danışmanlık ve beceri geliştirme;
- Bakım koordinasyonu;
- Klinik veya ofis yönetimi;
- Nüfus sağlığı yönetimi ve
- Performans ölçümü ve kalite iyileştirme şeklindedir.

Bu roller doğrultusunda hemşirenin, hipertansif hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetimine ilişkin konularda etkili girişimler yaptığını ve yapabileceğini göstermektedir (Kolcu ve ark., 2017). Hipertansiyonun erken tanısını kolaylaştırmak için yetişkinlerin kan basınçlarını her fırsatta doğru teknik kullanarak değerlendirmelidir. Yine hemşireler hipertansiyonun izlenmesi ve değerlendirilmesinde uygun araç ve tekniklerle evde kendi kendine kan basıncını izlemeleri ve hedeflenen kan basıncını sağlama ve devam ettirme konusunda hastaları eğitmelidir (Hacıhasanoğlu, 2009). Hemşireler, klinik rollerine ek olarak, hipertansiyonun olası sonuçları ve hastalığın altında yatan problemleri anlayabilen aynı zamanda bu sonuçların sosyal, kültürel, ekonomik ve davranışsal belirleyicilerini bütünsel olarak inceleyerek; bu belirleyicileri ele almak için kültürel açıdan duyarlı müdahaleler tasarlayarak hipertansiyon kalite açığını ve etnik eşitsizlikleri iyileştirmek için klinik ve toplum temelli araştırmalara öncülük eder (Oliveira, 2021).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı-kesitsel türdedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ekim 2022 - Ocak 2023 tarihleri arasında, Bingöl Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini Ekim 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında Bingöl Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği' ne tedavi görmek üzere başvuran hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; Ekim 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında Bingöl Devlet Hastanesinde, araştırmanın yürütüldüğü polikliniğe başvuran, 18 yaş üstü, hipertansiyon tanısı almış, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 250 hasta dâhil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği(HAÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda (Hebcan ve ark., 2020), hazırlanan kişisel bilgi formu, hastaların sosyo-demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, eğitim, kilo, boy, yaşanılan yer, medeni durumu, gelir durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, aile yapısı, sigara, alkol kullanma durumu), alışkanlıkları, tanıyı aldığı süre, ailede HT varlığı, kan basıncı değerini bilme durumu, HT nedeniyle sağlık kontrolüne gitme durumu, hastaneye başvuru sıklığı, HT'nin yaşam biçimi davranışlarını

etkileme durumu yi etkileyip etkilemediği özelliklere ilişkin bilgilerin bulunduğu bir formdur.

3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK-5)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-III-ness Perception Questionnaire)1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiştir (Weinman ve ark., 1996). Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Kocaman ve ark., tarafından 2007 yılında yapılmıştır. HAÖ: hastalık belirtileri, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir.

Hastalık Belirtileri Boyutu: Hastalık durumunda en sık karşılaşılan 14 belirtiyi içerir. Bu belirtiler: ağrı, bulantı, boğazda yanma, kilo kaybı, baş ağrıları, soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, mide yakınmaları, yorgunluk, güç kaybı, uyku güçlükleri, eklem sertliği, gözlerde yanma, sersemlik hissidir. Ölçeğin uygulamasında önce, “hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşayıp yaşamadığı”, sonra da “bu belirtinin hastalığı ile ilgili olup olmadığı” soruları sorulur. Bireyler her bir belirtiyeye evet ya da hayır cevabı verirler. Boyutun değerlendirmesinde evet cevaplarının toplamı sonucu verir. Hastalık tipi boyutunda puan yüksekse hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkar. (Kocaman ve ark., 2007).

Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu: 38 maddeden ve 5’li Likert tipi kullanılarak (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) oluşturulan bu boyut yedi (7) alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, 1- süre (akut/kronik), 2-sonuçlar, 3-kişisel kontrol, 4-tedavi kontrolü, 5-hastalığı anlayabilme, 6-süre (döngüsel) ve 7- duygusal temsiller alt boyutlarıdır (Kocaman ve ark., 2007).

Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Süre (akut/kronik) alt boyutunda yüksek puan,

durumun kronik olduğunu gösterir. Süre (döngüsel) alt boyutunda yüksek puan durumun sıklık-döngüsel doğası olduğunu gösterir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Sonuçlar alt boyutunda yüksek puan, hastalığın negatif sonuçları olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Kişisel ve tedavi kontrol alt boyutlarında yüksek puan, kişinin hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Hastalığı anlayabilme alt boyutunda yüksek puan durumun kişisel anlaşılabilirliğini gösterir. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini araştırır. Duygusal temsiller alt boyutunda yüksek puan, hastalıkla provoke olan negatif duyguların arttığını gösterir.

Hastalık Nedenleri Boyutu: Bu boyut hastalıkların oluşmasına neden olabilecek 5'li Likert tipinde 18 maddeyi içerir. Bireylerin hastalığa neden olan etkenin ne olduğu hakkındaki düşüncesini araştırır. Dört (4) alt boyuttan oluşmaktadır. Psikolojik atıflar boyutu; stres ya da endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerini, risk faktörleri boyutu, kalıtsal, diyet, yemek alışkanlıkları, geçmişteki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol, sigara içmeyi, bağışıklık boyutu, mikrop veya virüs, çevre kirliliği, vücut direncinin azalmasını, kaza veya şans boyutu ise şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanmayı içerir.

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. (Kocaman ve ark., 2007). Bu çalışmada

hastalık belirtileri boyutu cronbach alfa değerinin 0.70, Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu cronbach alfa değeri 0.76 ve Hastalık Nedenleri Boyutu cronbach alfa değeri 0.79 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (EK-6)

Sağlığı geliştirmede bireylerin davranışlarını ölçmek için Walker tarafından geliştirilmiştir (Walker ve ark., 1987) Ölçek yeniden gözden geçirilerek ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark., (2008) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesinde ölçekten alınan toplam puan kriter alınabileceği gibi, ölçekteki her bir alt grup bağımsız olarak değerlendirilerek daha spesifik olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırılabilir. Bu ölçek toplam 48 maddeden oluşmakta ve altı(6) alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.

Tamamı olumlu ifadeler içeren ölçek “Hiçbir zaman”, “Bazen”, “Sık sık”, “Düzenli olarak” cevap seğenekleri bulundurup ve bu seğeneklere göre sırasıyla; 1, 2, 3, 4 puanları alan likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçeğin toplam puanı 48-192 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değerleri sırasıyla, manevi gelişim 0.80, kişilerarası ilişkiler 0.81, beslenme 0.70, fiziksel aktivite 0.87, sağlık sorumluluğu 0.84, stres yönetimi 0.75 ve toplam 0.94’tür. Ölçeğin alt grupları aşağıda ifade edildiği gibi sağlığı geliştirici farklı davranışları ölçmekte, farklı sayıda ifadeden oluşmakta ve her bir grubun puanı farklılık göstermektedir. **Manevi gelişim alt grubu;** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekteşirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirtmekte, 13 ifadeden oluşmakta (3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48 nolu ifadeler) ve puanı 13-52 arasında değişmektedir. **Sağlık sorumluluğu alt grubu;** bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığının belirlemekte,

10 ifadeden oluşmakta (2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46 nolu ifadeler) ve 10 ile 40 arasında değişen puanlar almaktadır. **Fiziksel aktivite alt grubu;** sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarını birey tarafından ne düzeyde uygulandığının göstermekte, 5 ifadeden oluşmakta (4, 13, 22, 30, 387 nolu ifadeler) ve puanı 5-20 arasında değişmektedir. **Beslenme alt grubu;** bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerlerini belirlemekte, 6 ifadeden oluşmakta (1, 5, 14, 19, 26, 35 nolu ifadeler) ve 6 ile 24 arasında değişen puanlar almaktadır. **Kişilerarası iletişim alt grubu;** başkaları ile olan ilişkiler kişilerarası ilişkilerdir ve iletişimi kullanmak anlamlı bir ilişki kurabilmek için gereklidir. Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemekte, 7 ifadeden oluşmakta (10, 18, 24, 25, 31, 39, 47 nolu ifadeler) ve en düşük 7 en yüksek 28 puan almaktadır. **Stres yönetimi alt grubu;** bireyin psikolojik ve fizyolojik kaynakları belirleyebilmesi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için ve harekete geçirebilmesine denir ve 7 ifadeden oluşmakta (6, 11, 36, 40, 41, 45 nolu ifadeler) ve 7 ile 28 arasında değişen puanlar almaktadır. Bireyin belirtilen sağlık davranışlarının ölçekten alınan puanların yükselmesi ile yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (Bahar ve ark., 2008).

3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın yapılacağı Bingöl Devlet Hastanesinde kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarına araştırmanın amacı açıklanmıştır ve katılım için onamları alınmıştır. Veriler araştırmaya katılmaya kabul eden hastalarla uygun ortamda yüz yüze araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir ve veriler %95 güven aralığında $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin analizinde aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık katsayıları, bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA, Post Hoc analizler için Bonferroni testleri ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

*Bu çalışmada grupların normal dağılım gösterip göstermediği belirlenmiştir. Normallik testi için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, sadece belirtilen tarihler aralığında yapılması ve sonuçlarının bu gruba genellenebilmesi ise araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için takiben Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan 30.06.2022 tarihinde 33 sayılı karar ile onay alınmıştır (EK-2). Araştırmanın yapıldığı Bingöl Devlet Hastanesinden 11.10.2022 tarihinde izin alınmıştır (EK-3). Araştırma örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözel olarak, araştırmaya katılmanın gönüllülüğe bağlı olduğu, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ve isimlerinin saklı tutulacağına dair bilgileri içeren bilgilendirme yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kişilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; katılımcıların yaş ortalamasının 56.34 ± 13.19 olduğu, %56.4’ünün kadın, %29.2’sinin okuryazar olmadığı, %86.4’ünün evli olduğu, %72.4’ünün çalışmadığı, %48’inin gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği, %64.8’inin il merkezinde yaşadığı, %82.8’inin sigara kullandığı ve %97.6’sının alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	X \pm SD	
Yaş Ortalaması	56.34 \pm 13.19	
	S	%
Cinsiyet		
Kadın	141	56.4
Erkek	109	43.6
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	73	29.2
Sadece okuryazar	46	18.4
İlköğretim	62	24.8
Ortaöğretim	39	15.6
Yükseköğretim	30	12.0
Medeni Durum		
Evli	216	86.4
Bekar	34	13.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	69	27.6
Çalışmıyor	181	72.4
Gelir Durumu		
Giderim gelirimden az	101	40.4
Giderim gelirime eşit	120	48.0
Giderim gelirimden fazla	29	11.6
Yaşanılan Yer		
İl	162	64.8
İlçe	39	15.6
Köy	49	19.6
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	207	82.8
Hayır	43	17.2
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	6	2.4
Hayır	244	97.6

Katılımcıların hipertansiyona ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların HT tanı alma süresinin ortalama 8.57 ± 6.38 , sistolik kan basıncı ortalamasının 143.28 ± 17.16 , diastolik kan basıncı ortalamasının 86.03 ± 12.83 ve BKİ ortalamasının 28.08 ± 5.29 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %68.4’ünün çevresinde HT hasta olduğu, %56.4’ünün HT tanısı alan kişilerin birinci derece akrabası olduğu, %100’ünün kan basıncı değerini bildiği, %81.6’sının HT nedeniyle sağlık kontrolüne gittiği ve %35.6’sının 3-6 ayda bir hastalığına bağlı olarak başvuru yaptığı saptanmıştır. Katılımcıların %88.8’inin HT nedeniyle hayatının etkilendiği ve %93.6’sının da HT nedeniyle yaşam biçimi davranışlarının etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların HT ilişkin özelliklerinin dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	X±SD	
HT Tanı Alma Süresi Ort.	8.57±6.38	
Sistolik KB Ort	143.28±17.16	
Diastolik KB Ort	86.03±12.83	
BKİ Ort	28.08±5.29 (Min-Max: 17-52)	
	S	%
Çevrede HT Olma Durumu		
Evet	171	68.4
Hayır	79	31.6
HT Alan Kişinin Yakınlığı		
Yok	77	30.8
1. derece	141	56.4
2. derece	32	12.8
Kan Basıncı Değerini Bilme Durumu		
Evet	250	100.0
HT Nedeniyle Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu		
Evet	204	81.6
Hayır	46	18.4
Hastaneye Başvuru Sıklığı		
1-2 ay	51	20.4
3-6 ay	89	35.6
7-12 ay	65	26.0
12 aydan fazla	45	18.0
HT Hayatı Ekileme Durumu		
Evet	222	88.8
Hayır	28	11.2
HT Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileme Durumu		
Evet	234	93.6
Hayır	16	6.4

Hastalık tipi boyutunda yer alan belirtilerin hastalar tarafından yaşanma ve hastalığa özgü bir belirti olarak görülme sıklığı Tablo 4.3'te verilmiştir. 14 hastalık belirtisinin “Hastalığımın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım” diyen hastalar tarafından %17.2-88 oranında, “Bu belirti hastalığımla ilgili” diyen hastalar tarafından %22.4-82.4 oranında yaşandığı saptanmıştır. “Hastalığımın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım” diyen hastaların en sık yaşadığı belirtiler baş ağrısı (%88.0), yorgunluk (%85.2), ağrı (%75.2), güç kaybı (%67.6) ve sersemlik hissi (%64.8) olarak belirlenmiştir. “Bu belirti hastalığımla ilgili” diyen hastaların en sık yaşadığı belirtiler yorgunluk (%82.4), baş ağrısı (%80.0), güç kaybı (%76.4), ağrı (%74) ve sersemlik hissi (%72.4) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastalık tipi: hastaların belirtilerinin hastalığıyla ilişkilendirmesi

Hastalık tipi	Hastalığımın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
	X±SS	6.61±2.59	7.12±2.88	
	n*	%	n*	%
Ağrı	188	75.2	185	74.0
Boğazda yanma	43	17.2	62	24.8
Bulantı	75	30.0	114	45.6
Soluk almada güçlük	99	39.6	94	37.6
Kilo kaybı	44	17.6	56	22.4
Yorgunluk	213	85.2	206	82.4
Eklem sertliği	99	39.6	92	36.8
Gözlerde yanma	52	20.8	72	28.8
Hırıltılı soluma	62	24.8	85	34.0
Baş ağrıları	220	88.0	200	80.0
Mide yakınmaları	86	34.4	85	34.0
Uyku güçlükleri	142	56.8	159	63.6
Sersemlik hissi	162	64.8	181	72.4
Güç kaybı	169	67.6	191	76.4

*Evet cevabı verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.4’de verilmiştir. Araştırmada, katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; hastalık tipi alt boyutundan 7.12±2.88 puanını almışlardır. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu süre-akut/kronik alt boyutundan 24.73±4.84, sonuçlar alt boyutundan 21.42±5.49, kişisel kontrol alt boyutundan 23.01±3.55, tedavi kontrolü alt boyutundan alt boyutundan, hastalığı anlayabilme alt boyutundan 14.64±5.38, süre döngüsel alt boyutundan 15.51±2.56, duygusal temsiller alt boyutundan 22.66±5.46 puanını almışlardır. Hastalık nedenleri boyutu psikolojik alt boyutundan 20.20±4.92, risk alt boyutundan 20.00±4.14, bağışıklık alt boyutundan, 7.64±2.52 ve şans alt boyutundan 4.20±1.54 puanını almışlardır.

Tablo 4.4. Hastaların HAÖ puan ortalamalarının dağılımı

		Hastalık Algısı Ölçeği	n	Min	Max	X± SD
Hastalık tipi			250	0	14	7.12±2.88
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	Süre Akut/Kronik		250	6	30	24.73±4.84
	Sonuçlar		250	6	30	21.42±5.49
	Kişisel Kontrol		250	6	30	23.01±3.55
	Tedavi kontrolü		250	5	24	17.33±3.40
	Hastalığı anlayabilme		250	5	25	14.64±5.38
	Süre döngüsel		250	8	20	15.51±2.56
	Duygusal temsiller		250	9	30	22.66±5.46
Hastalık Nedenleri Boyutu	Psikolojik		250	7	30	20.20±4.92
	Risk		250	9	32	20.00±4.14
	Bağışıklık		250	3	15	7.64±2.52
	Şans		250	2	10	4.20±1.54

Araştırma kapsamına alınan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları Tablo 4.5’de verilmiştir. Araştırmada, katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; sağlık sorumluluğu alt boyutundan 18.54±4.00, fiziksel aktivite alt boyutundan 12.24±3.72, beslenme alt boyutundan 18.88±3.23, manevi gelişim alt boyutundan 23.14±3.68, kişiler

arası ilişkiler alt boyutundan 23.88 ± 3.83 , stres yönetimi alt boyutundan 17.07 ± 3.20 ve toplam SYBDÖ II puan ortalamasının yüksek olduğu (113.74 ± 17.18), en düşük alt boyut puanının fiziksel aktivite olduğu (12.24 ± 3.72) saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların SYBDÖ II ait puan ortalamalarının dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	n	Min	Max	X± SD
Sağlık sorumluluğu	250	10	33	18.54±4.00
Fiziksel aktivite	250	8	30	12.24±3.72
Beslenme	250	12	32	18.88±3.23
Manevi gelişim	250	12	35	23.14±3.68
Kişiler arası ilişkiler	250	13	36	23.88±3.83
Stres yönetimi	250	8	26	17.07±3.20
Toplam	250	79	188	113.74±17.18

Araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Araştırmada, katılımcıların cinsiyetlerine göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların hastalık tipi ve süre-akut/kronik alt boyut puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların eğitim durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuryazar olmayanların ve sadece okuryazar olanların yükseköğretim mezunlarına göre süre-akut/kronik alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Okuryazar olmayanların ilköğretim ve yükseköğretim mezunlarına göre sonuçlar alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; okuryazar olmayanların, sadece okuryazar olanların ve ortaöğretim mezunlarının kişisel kontrol alt boyut puan ortalamalarının yükseköğretim mezunlarına göre daha düşük olduğu; okuryazar olmayanların ve ortaöğretim mezunlarının hastalığı anlayabilme alt boyut puan

ortalamlarının yükseköğretim mezunlarına göre daha düşük olduğu ve okuryazar olmayanların yükseköğretim mezunlarına göre duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde farkın bu gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların medeni durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olanların süre-akut/kronik, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının bekârlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların çalışma durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayanların hastalık tipi, süre-akut/kronik, sonuçlar alt boyut puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların gelir durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderinden fazla olanların süre-akut/kronik ve sonuçlar alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların yaşadıkları yere göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; köyde yaşayanların hastalık tipi alt boyut puan ortalamalarının ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler N	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							
	Hastalık Tipi	Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet								
Kadın	7.48±2.78	25.32±4.26	21.74±5.40	22.99±3.48	17.26±3.19	14.51±5.24	15.56±2.61	23.09±5.37
Erkek	6.66±2.94	23.95±5.42	20.99±5.58	23.03±3.64	17.41±3.65	14.80±5.55	15.44±2.49	22.09±5.52
	t=2.275	t=2.239	t=1.077	t=0.097	t=0.346	t=0.432	t=0.388	t=1.451
	p=0.024	p=0.026	p=0.282	p=0.923	p=0.729	p=0.666	p=0.698	p=0.148
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	7.63±2.70	25.47±3.78	23.02±3.93	22.97±2.75	16.94±3.27	13.67±5.03	16.06±2.29	24.24±4.42
Okuryazar	7.73±2.61	26.26±3.05	22.52±5.01	22.54±3.47	17.52±3.37	15.04±5.15	15.08±2.82	22.56±5.16
İlköğretim	6.66±2.89	23.77±5.69	19.85±6.04	23.03±3.87	17.48±3.35	15.20±5.75	15.32±2.44	22.19±5.61
Ortaöğretim	6.76±2.78	24.84±4.19	21.28±5.80	22.00±4.34	16.53±3.69	13.28±5.59	15.56±3.05	22.38±5.96
Yükseköğretim	6.40±3.50	22.36±6.86	19.20±6.41	25.10±2.82	18.66±3.18	16.96±4.67	15.13±2.19	20.26±6.31
	F=2.148	F(Welch)=3.705	F(Welch)=4.786	F=3.750	F=2.023	F=2.948	F=1.442	F(Welch)=3.285
	p=0.075	p=0.007	p=0.001	p=0.006	p=0.092	p=0.021	p=0.221	p=0.014
		5<1,2	1>3,5	5>1,2,4		5>1,4		5<1
Medeni Durum								
Evli	7.21±2.79	25.05±4.42	21.72±5.24	22.87±3.50	17.24±3.33	14.35±5.42	15.49±2.58	22.89±5.27
Bekar	6.58±3.39	22.67±6.65	19.47±6.57	23.91±3.76	17.85±3.76	16.44±4.76	15.64±2.39	21.14±6.36
	t=1.176	t=2.691	t=2.242	t=1.595	t=0.969	t=2.117	t=0.330	t=1.746
	p=0.241	p=0.008	p=0.026	p=0.112	p=0.334	p=0.035	p=0.741	p=0.082
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	5.79±3.12	23.55±5.99	20.02±5.65	23.23±4.23	17.73±3.78	15.68±5.09	15.27±2.68	21.97±5.36
Çalışmıyor	7.63±2.61	25.17±4.25	21.94±5.34	22.92±3.25	17.17±3.23	14.24±5.44	15.60±2.51	22.92±5.48
	t=4.698	t=2.396	t=2.493	t=0.604	t=1.182	t=1.901	t=0.902	t=1.234
	p=0.000	p=0.017	p=0.013	p=0.546	p=0.238	p=0.059	p=0.368	p=0.218

Tablo 4.6. (Devamı)

Özellikler N	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							
	Hastalık Tipi	Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	7.17±3.00	25.14±3.66	22.13±5.38	22.77±3.49	16.88±3.74	13.69±5.49	15.85±2.58	22.66±5.36
Gelir gidere eşit	7.34±2.70	25.25±4.43	21.56±5.09	22.95±3.63	17.39±3.03	15.07±5.23	15.25±2.57	23.22±5.09
Gelir giderden fazla	6.06±2.98	21.06±7.82	18.27±6.47	24.10±3.28	18.62±3.32	16.13±5.13	15.41±2.32	20.31±6.66
	F=2.330 p=0.099	F(Welch)=3.881 p=0.025 3<1,2	F=5.891 p=0.003 3<1,2	F=1.628 p=0.198	F(Welch)=2.895 p=0.061	F=3.139 p=0.055	F=1.544 p=0.216	F(Welch)=2.449 p=0.093
Yaşanılan Yer								
İl	7.08±3.04	24.85±4.94	21.49±5.60	22.91±3.58	17.24±3.52	14.62±5.34	15.51±2.63	22.44±5.71
İlçe	6.12±2.49	24.48±4.09	20.82±4.95	23.17±3.71	17.92±2.87	15.33±5.02	15.56±2.13	22.61±4.71
Köy	8.08±2.30	24.51±5.13	21.63±5.57	23.20±3.34	17.12±3.38	14.12±5.77	15.46±2.66	23.40±5.14
	F(Welch)=7.241 p=0.001 3>2	F=0.150 p=0.861	F=0.282 p=0.754	F=0.176 p=0.838	F=0.732 p=0.482	F=0.550 p=0.578	F=0.015 p=0.985	F=0.586 p=0.557
Sigara								
Evet	7.07±3.08	24.38±4.77	20.47±5.25	22.85±4.13	17.59±3.80	15.47±5.08	15.25±2.84	22.54±4.90
Hayır	7.14±2.87	24.63±5.06	21.79±5.43	22.98±3.37	17.35±3.19	14.63±5.33	15.62±2.40	22.65±5.72
	t=0.166 p=0.868	t=0.352 p=0.725	t=1.712 p=0.088	t=0.235 p=0.815	t=0.496 p=0.620	t=1.120 p=0.264	t=1.015 p=0.311	t=0.136 p=0.892
Alkol								
Evet	6.66±1.75	24.16±5.45	22.33±3.14	23.16±4.21	18.66±4.41	13.50±5.82	15.66±3.55	23.00±5.29
Hayır	7.11±2.89	24.73±4.86	21.41±5.51	23.03±3.54	17.36±3.33	14.73±5.34	15.51±2.51	22.68±5.42
	t=0.374 p=0.708	t=0.282 p=0.778	t=0.404 p=0.686	t=0.091 p=0.928	t=0.939 p=0.349	t=0.557 p=0.578	t=0.149 p=0.882	t=0.139 p=0.890

Araştırmada hastaların hipertansiyona ilişkin zelliklerinin Hastalık Algısı leği puan ortalamalarına göre karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Araştırmada, katılımcıların vrelerinde HT olma durumlarına göre Hastalık Algısı leği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; vresinde HT tanısı alan kişilerin hastalık tipi alt boyut puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların vrelerinde HT tanısı alan kişilerin yakınlığına göre Hastalık Algısı leği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanı alanın 2. derece akrabası olan kişilerin hastalık tipi alt boyut puan ortalamalarının yakını olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların HT nedeniyle sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre Hastalık Algısı leği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık kontrolüne giden hastaların hastalık tipi, süre-akut/kronik ve sonuçlar alt boyut puan ortalamalarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların hastaneye başvuru sıklığına göre Hastalık Algısı leği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 3-6 ay ve 7- 12 ayda hastaneye başvuran kişilerin hastalık tipi alt boyut puan ortalamalarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca 3-6 ay ayda hastaneye başvuran kişilerin sonuçlar alt boyut puan ortalamalarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların HT hastalığının hayatı etkileme durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; etkilenen kişilerin süre-akut/kronik, sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre döngüsel ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların HT hastalığının yaşam biçimi davranışlarını etkileme durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; etkilenen kişilerin sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre döngüsel ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların HT ilişkin özellikleri ile HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler N	Hastalık Algısı Ölçeği							
	Hastalık Tipi	Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duyusal Temsiller
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çevrede HT Olma Durumu								
Evet	7.45±2.83	25.06±4.71	21.58±5.31	22.78±3.59	17.05±3.43	14.31±5.31	15.61±2.55	22.86±5.50
Hayır	6.43±2.88	24.00±5.05	21.05±5.85	23.49±3.42	17.92±3.25	15.34±5.47	15.29±2.57	22.21±5.35
	t=2.634	t=1.621	t=0.715	t=1.462	t=1.894	t=1.406	t=0.927	t=0.876
	p=0.009	p=0.106	p=0.475	p=0.145	p=0.059	p=0.161	p=0.355	p=0.382
HT Alan Kişinin Yakınlığı								
Yok	6.44±2.89	24.20±4.94	21.01±5.92	23.54±3.40	17.90±3.24	15.32±5.52	15.36±2.50	22.29±5.33
1. derece	7.29±2.80	24.94±5.02	21.65±5.35	22.75±3.73	17.12±3.53	14.30±5.37	15.49±2.54	22.75±5.45
2. derece	8.06±2.86	25.03±3.69	21.31±5.08	22.87±2.95	16.81±3.05	14.46±5.00	15.93±2.78	23.09±5.86
	F=4.201	F=0.644	F=0.350	F=1.275	F=1.748	F=0.914	F=0.572	F=0.291
	p=0.016	p=0.526	p=0.705	p=0.281	p=0.176	p=0.402	p=0.565	p=0.748
	3>1							
HT Nedeniyle Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu								
Evet	7.39±2.79	25.08±4.41	21.81±5.40	23.12±3.38	17.29±3.39	14.42±5.34	15.62±2.61	22.76±5.41
Hayır	5.93±2.98	23.15±6.22	19.63±5.53	22.50±4.18	17.47±3.46	15.6+0±5.44	15.00±2.28	22.17±5.69
	t=3.166	t=2.468	t=2.468	t=1.083	t=0.331	t=1.355	t=1.505	t=0.668
	p=0.002	p=0.014	p=0.014	p=0.280	p=0.741	p=0.177	p=0.134	p=0.505
Hastaneye Başvuru Sıklığı								
1-2 ay ¹	7.31±2.83	24.64±3.87	21.76±4.71	23.13±2.88	16.70±3.02	14.45±5.68	15.62±2.84	22.43±5.51
3-6 ay ²	7.42±2.79	25.64±4.56	22.67±5.13	22.75±3.26	17.20±3.50	13.68±5.02	15.77±2.29	23.64±4.85
7-12 ay ³	7.40±2.78	24.67±4.54	20.56±6.11	23.70±3.89	17.86±3.44	15.49±5.42	15.38±2.83	21.80±5.89
Gitmiyorum ⁴	5.93±3.01	23.08±6.28	19.75±5.53	22.37±4.15	17.51±3.50	15.51±5.46	15.04±2.28	22.22±5.74
	F=3.250	F(Welch)=2.122	F=3.629	F=1.500	F=1.190	F=1.916	F=0.901	F=1.635
	p=0.022	p=0.101	p=0.014	p=0.215	p=0.314	p=0.128	p=0.441	p=0.182
	4<2,3		4<2					

Tablo 4.7. (Devamı)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
HT Hayatı Ekileme Durumu								
Evet	7.25±2.79	25.22±4.22	22.16±5.11	22.96±3.61	17.20±3.39	17.71±4.56	15.75±2.50	23.21±5.11
Hayır	6.10±3.38	20.78±7.20	15.50±4.76	23.35±3.02	18.28±3.35	14.25±5.35	13.57±2.15	18.28±6.19
	t=2.002	t=4.766	t=6.542	t=0.545	t=1.587	t=3.273	t=4.411	t=4.687
	p=0.046	p=0.000	p=0.000	p=0.586	p=0.114	p=0.001	p=0.000	p=0.000
HT Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileme Durumu								
Evet	7.14±2.88	24.74±4.84	21.72±5.37	23.11±3.46	17.29±3.43	17.37±5.96	15.65±2.49	23.01±5.13
Hayır	6.87±2.96	24.50±5.03	16.93±5.28	21.50±4.47	17.81±2.94	14.45±5.29	13.43±2.70	17.43±7.30
	t=0.363	t=0.194	t=3.447	t=1.769	t=0.589	t=2.118	t=3.421	t=4.079
	p=0.717	p=0.846	p=0.001	p=0.078	p=0.557	p=0.035	p=0.001	p=0.000

Araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Araştırmada, katılımcıların cinsiyetlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların eğitim durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yükseköğretim mezunlarının tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların medeni durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bekâr olanların tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların çalışma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışanların tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışamayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların gelir durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderinden fazla olanların beslenme ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının geliri giderinden az olan gruba göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların yaşadıkları yere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; köyde yaşayanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının il merkezinde yaşayanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların sigara içme durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullananların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, bireylerin alkol kullanma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lçeği II puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet							
Kadın	18.29±3.75	11.20±2.68	18.54±2.67	22.72±3.46	24.02±3.67	16.52±2.80	111.32±14.42
Erkek	18.85±4.30	13.56±4.40	19.31±3.79	23.67±3.89	23.67±4.02	17.77±3.54	116.87±19.83
	t=1.088	t=5.234	t=1.871	t=2.048	t=0.715	t=3.127	t=2.558
	p=0.278	p=0.000	p=0.063	p=0.042	p=0.475	p=0.002	p=0.011
Eğitim Durumu							
Okuryazar	17.69±3.50	10.61±1.91	18.19±2.54	22.19±3.20	23.58±3.42	16.28±2.53	108.57±11.17
değil ¹							
Okuryazar ²	18.08±3.69	11.10±2.45	17.97±2.64	22.58±3.46	23.58±3.44	16.43±3.18	109.78±14.66
İlköğretim ³	17.88±3.92	11.88±3.05	19.00±3.28	22.77±3.64	23.06±3.98	17.17±3.37	111.79±17.68
Ortaöğretim ⁴	18.89±3.40	13.64±4.27	19.33±3.36	23.41±3.35	23.71±3.76	17.20±3.18	116.20±15.44
Yükseköğretim ⁵	22.16±4.63	16.80±4.89	21.10±4.12	26.70±3.66	26.90±3.86	19.56±3.23	133.23±20.48
	F=8.512	F(Welch)=15.048	F=5.932	F=9.932	F=6.012	F=6.699	F=10.529
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
	5>1,2,3,4	5>1,2	5>1,2,3	5>1,2,3,4	5>1,2,3,4	5>1,2,3,4	5>1,2,3,4
Medeni Durum							
Evli	18.05±3.66	11.62±2.83	18.67±2.91	22.70±3.39	23.47±3.62	16.76±2.97	111.28±14.55
Bekar	21.61±4.70	16.14±5.84	20.20±4.57	25.91±4.23	26.44±4.12	19.02±3.88	129.35±23.59
	t=5.054	t=7.238	t=2.609	t=4.939	t=4.354	t=3.946	t=6.098
	p=0.000	p=0.000	p=0.010	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	19.86±4.71	14.95±4.96	19.82±4.16	25.11±4.04	24.94±4.05	18.28±3.83	123.00±22.20
Çalışmıyor	18.03±3.58	11.19±2.43	18.51±2.71	22.38±3.24	23.46±3.66	16.60±2.80	110.21±13.30
	t=3.306	t=7.982	t=2.906	t=5.542	t=2.755	t=3.813	t=5.566
	p=0.001	p=0.000	p=0.004	p=0.000	p=0.006	p=0.000	p=0.000

Tablo 4.8. (Devamı)

Özellikler	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gelir Durumu							
Az	17.96±3.10	11.85±3.21	18.45±2.79	22.58±3.38	23.64±3.23	16.77±2.86	111.26±13.80
Eşit	18.74±3.99	12.23±3.40	18.89±3.14	23.00±3.51	23.69±3.90	17.01±3.35	113.58±16.89
Fazla	19.72±4.63	13.58±5.88	20.31±4.46	25.62±4.40	25.44±5.01	18.34±3.47	123.03±24.90
	F(Welch)=2.083 p=0.132	F(Welch)=1.305 p=0.278	F=3.811 p=0.023 3>1	F=8.264 p=0.000 3>1	F(Welch)=1.707 p=0.189	F=2.791 p=0.063	F(Welch)=3.171 p=0.058
Yaşanılan Yer							
İl	19.03±4.12	12.91±4.12	19.08±3.40	23.45±3.63	24.09±3.76	17.41±3.19	116.00±17.93
İlçe	18.53±3.53	11.74±2.49	19.00±2.68	23.94±3.29	24.56±3.41	17.23±2.32	115.02±12.75
Köy	16.91±3.56	10.38±2.17	18.12±2.92	21.44±3.69	22.59±4.11	15.79±3.54	105.26±15.23
	F=5.422 p=0.005 1>3	F(Welch)=15.769 p=0.000 1>3	F=1.700 p=0.185	F=7.032 p=0.001 1,2>3	F=3.744 p=0.025 1,2>3	F=5.054 p=0.007 1>3	F=7.881 p=0.000 1,2>3
Sigara							
Evet	18.67±4.04	13.25±4.43	18.71±3.65	23.66±3.77	24.11±4.40	17.53±3.56	115.95±19.90
Hayır	18.35±4.06	11.72±3.31	18.87±3.04	22.92±3.59	23.80±3.62	16.78±3.06	112.47±16.14
	t=0.550 p=0.583	t=2.890 p=0.004	t=0.332 p=0.740	t=1.403 p=0.162	t=0.558 p=0.577	t=1.399 p=0.108	t=1.399 p=0.163
Alkol							
Evet	16.00±2.36	12.33±4.03	16.66±2.87	22.00±3.79	23.83±3.06	18.16±3.18	109.00±14.44
Hayır	18.58±4.03	12.22±3.74	18.90±3.22	23.17±3.69	23.87±3.87	17.03±3.21	113.80±17.35
	t=1.562 p=0.120	t=0.068 p=0.946	t=1.681 p=0.094	t=0.766 p=0.444	t=0.026 p=0.979	t=0.852 p=0.395	t=0.672 p=0.503

Araştırmada hastaların hipertansiyona ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Araştırmada, katılımcıların HT nedeniyle sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık kontrolüne giden hastaların sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların hastaneye başvuru sıklığına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1-2 ayda hastaneye başvuran kişilerin sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının 7-12 ayda gidenlere ve gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. 3-6 ayda hastaneye başvuran kişilerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca 1-2 ay ve 3-6 ayda hastaneye başvuran kişilerin toplam puan ortalamalarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın bu gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, katılımcıların HT hastalığının yaşam biçimi davranışlarını etkileme durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; etkilenen kişilerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada, bireylerin çevresinde hipertansiyon hastası olma durumu, hipertansiyon tanısı alan kişinin yakınlığı ve hipertansiyonun hayatı etkileme durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların hipertansiyona ilişkin özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çevrede HT Olma Durumu							
Evet	18.67±3.94	12.23±3.79	18.73±3.25	23.15±3.53	23.91±3.71	16.94±3.21	113.65±17.05
Hayır	18.24±4.14	12.24±3.57	19.20±3.14	23.11±3.99	23.78±4.07	17.35±3.17	113.93±17.57
	t=0.803	t=0.013	t=1.075	t=0.076	t=0.256	t=0.948	t=0.120
	p=0.423	p=0.990	p=0.283	p=0.940	p=0.798	p=0.344	p=0.904
HT Alan Kişinin Yakınlığı							
Yok	18.27±4.17	12.19±3.57	19.23±3.14	23.09±3.92	23.76±4.11	17.36±3.17	113.92±17.55
1. derece	18.70±4.01	12.39±3.99	18.74±3.35	23.19±3.61	23.89±3.63	16.90±3.24	113.84±17.60
2. derece	18.43±3.60	11.65±2.73	18.62±2.82	23.00±3.45	24.06±4.03	17.09±3.10	112.87±14.68
	F=0.306	F=0.511	F=0.686	F=0.047	F=0.071	F=0.504	F=0.047
	p=0.736	p=0.600	p=0.505	p=0.954	p=0.932	p=0.605	p=0.954
HT Nedeniyle Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu							
Evet	18.98±4.04	12.36±3.75	19.08±3.22	23.24±3.73	24.17±3.84	17.26±3.06	115.11±17.27
Hayır	16.58±3.15	11.67±3.56	17.97±3.09	22.67±3.45	22.54±3.47	16.21±3.66	107.67±15.54
	t=3.757	t=1.134	t=2.114	t=0.950	t=2.645	t=2.016	t=2.685
	p=0.000	p=0.258	p=0.036	p=0.343	p=0.009	p=0.045	p=0.008
Hastaneye Başvuru Sıklığı							
1-2 ay	20.39±3.57	13.09±3.86	19.31±2.50	23.82±3.51	24.29±3.19	18.47±2.78	119.39±15.28
3-6 ay	18.82±3.97	12.22±3.68	19.02±3.56	23.25±3.82	24.25±3.81	17.28±3.20	114.86±17.64
7-12 ay	18.16±4.28	12.06±3.77	19.04±3.29	22.89±3.86	24.03±4.37	16.43±2.99	112.63±18.27
12 aydan fazla	16.42±2.98	11.53±3.47	17.86±3.03	22.48±3.25	22.42±3.41	16.00±3.39	106.73±14.33
	F=8.946	F=1.503	F=1.925	F=1.186	F=2.756	F=6.298	F=4.756
	p=0.000	p=0.214	p=0.126	p=0.316	p=0.043	p=0.000	p=0.003
	1>3,4 / 2>4				2>4	1>3,4	1,2>4
HT Hayatı Etkileme Durumu							
Evet	18.54±3.94	12.13±3.69	18.83±3.26	23.06±3.70	23.93±3.76	17.16±3.13	115.11±17.27
Hayır	18.50±4.52	13.07±3.87	19.21±2.88	23.71±3.49	23.42±4.35	16.35±3.67	107.67±15.54
	t=0.056	t=1.262	t=0.581	t=0.875	t=0.656	t=1.255	t=0.177
	p=0.955	p=0.208	p=0.562	p=0.382	p=0.513	p=0.211	p=0.860
HT Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileme Durumu							
Evet	18.71±3.94	12.34±3.77	18.90±3.24	23.27±3.72	24.11±3.69	17.26±3.13	114.61±17.13
Hayır	15.93±4.09	10.68±2.49	15.56±3.01	21.12±2.15	20.43±4.24	14.31±2.93	101.06±12.64
	t=2.722	t=1.262	t=0.406	t=2.282	t=3.814	t=3.650	t=3.104
	p=0.007	p=0.208	p=0.685	p=0.023	p=0.000	p=0.000	p=0.000

Araştırmada, katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalaması arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.10'da verilmiştir. Hipertansiyon hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği hastalık tipi alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği süre akut/kronik alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği sonuçlar alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği kişisel kontrol alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği tedavi kontrol alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği hastalığı anlayabilme alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği süre döngüsel alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme puanları arasında negatif yönde, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği duygusal temsiller alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların HAÖ ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
Hastalık Tipi	-0.028	-0.145*	-0.147*	-0.260**	-0.134	-0.061	-0.162*
Süre Akut/Kronik	-0.139*	-0.313**	-0.222**	-0.185**	-0.049	-0.167**	-0.233**
Sonuçlar	-0.128*	-0.239**	-0.306**	-0.250**	-0.069	-0.070	-0.221**
Kişisel Kontrol	0.162*	0.196**	0.167**	0.249**	0.200**	0.122	0.232**
Tedavi Kontrol	0.116	0.147*	0.132*	0.194**	0.085	0.032	0.150*
Hastalığı Anlayabilme	0.067	0.167**	0.110	0.193**	-0.005	0.001	0.113
Süre Döngüsel	-0.058	-0.084	-0.157*	0.014	0.149*	0.147*	0.002
Duygusal Temsiller	-0.120	-0.242**	-0.268**	-0.126*	0.025	-0.037	-0.159*

*p<0.05, ** p<0.001

5.TARTIŞMA

Doğrudan ve dolaylı sebeplerle HT yüksekliği her yıl dünya çapında 7.5 milyondan daha fazla insanın hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır (Sözmen ve ark., 2015). Hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi maksadıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veri ve bulgular dört ana başlık altında incelendi ve literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada yaş ortalaması 56.34 ± 13.19 olan 250 katılımcının , %56.4'ü kadın olarak saptandı. Türkiye'de esansiyel hipertansiyonu olan bireylerle yapılan çalışmada hipertansif bireylerin % 52,7' sinin kadın olduğu belirtilmiştir (Dalak ve ark., 2010). Türkiye'de yapılan Patent 2 Çalışması' nda (2012), HT prevalansı Türk toplumunda kadınlarda % 32,3, erkeklerde % 28,4 olarak bulunmuştur (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2016). Türkiye'de HT'ye ilişkin en geniş kapsamlı araştırma olan TEKHARF çalışmasında benzer şekilde kadınlarda hipertansiyon prevalansının, erkeklere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kirsten ve ark., 2018). HT görülme sıklığı kadın cinsiyette erkek cinsiyete oranla görülme sıklığı daha fazladır (Kirsten ve ark., 2018). Bu araştırmada da hastaların cinsiyete göre dağılımı literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir fazladır (Kirsten ve ark., 2018).

Araştırmada hipertansiyon hastalarının %29.2 okuryazar olmadığı, %15.6 ortaöğretim ve %12.0 yükseköğretim mezunu olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının sadece % 23,7' si lise ve üzeri yüksek eğitim durumuna sahip olduğu belirtilmektedir (Şamdanlı, 2022).

5.2. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada hipertansif olan bireyler, hastalıklarının başlangıcından sonra en çok baş ağrısı, yorgunluk, ağrı, güç kaybı ve sersemlik hissi belirtilerini yaşadıklarını ve bu belirtilerin hastalıklarıyla alakalı olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Daha önce yapılan araştırma sonucunda da en fazla hastaların baş ağrısı ve yorgunluk hissettikleri ve araştırma sonuçlarının daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumlu olduğu bulunmuştur (Akdağ ve ark., Padmanabhan ve ark., 2012; Uyarel, 2014)

Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcılarda en sık görülmekte olan semptomlar sırasıyla baş dönmesi (%29), taşikardi (%26), bulanık görme (%19), gözde ağrı (%21), uyuma güçlüğü (%16), baş ağrısı (%17) ve unutkanlık (%15) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yang ve ark., 2021).

Çalışmada, hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutlarından en yüksek; süre (akut/kronik) ve kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasına ait olduğu, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt boyutları puan ortalamalarının ise en düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.4). Çalışma sonucunda hastaların hastalıklarının kronik bir hastalık olduğu algılarının ve tıbbi tedavi ve kişisel davranış ile hastalıklarının kontrol edilebileceği algılarının yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Daha önce yapılan bir çalışma sonucunda bireyler süre (akut/kronik), tedavi kontrolü ve kişisel kontrol alt boyutlarında aldığı yüksek puanlar ile HT' yi ömür boyu devam eden kronik bir hastalık olarak algılamışlardır. Bireyler tıbbi tedavi ve kişisel davranış ile hipertansiyonlarını kontrol altına alabileceğine inanmışlardır (Shakya ve ark., 2020).

Araştırma sonucunda hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutlarından; hastalığı anlayabilme (14.64±5.38) ve süre (döngüsel) (15.51±2.56) alt boyutları puan ortalamalarının en düşük olduğu bulundu. Bu ortalamalar hastaların yaşadıkları tabloyu

orta düzeyde algılayabildiklerini göstermektedir (Tablo 4.4). Bu sonucun hastaların (%29) çoğunluğunun okur yazar olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Karadağ ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada hastalığı anlayabilme puan ortalaması (13.87 ± 5.30) olarak elde edilmiş olup bu sonuç hastaların yaşadıkları tabloyu orta düzeyde algıladıkları şeklinde yorumlanmıştır. Akdağ ve ark. yaptıkları çalışma sonucunda ise süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalaması en düşük bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan sonuçlarla uyumlu bulunmuştur (Karadağ ve ark., 2020; Akdağ ve ark., 2023).

Araştırmada, hastalık nedenleri alt boyutlarından; en yüksek puan ortalamasının psikolojik alt boyuta (20.20 ± 4.92), sonrasında risk (tehdit) (20.00 ± 4.14) ve en az puan ortalamasının ise kaza ya da şans (şans/kötü talih, kaza/yaralanma) ve bağışıklık alt boyutlarına ait olduğu bulundu (Tablo 4.4).

Çalışma sonucunda hastaların hastalık nedenleri alt boyutlarından en fazla psikolojik ve risk boyutlarından, en az ise şans alt boyutundan etkiledikleri bulunmuştur. Hastaların %82.8'inin sigara kullanması ve %56.4'ünün 1. Derecede akrabalarının hipertansiyon hastası olması hastalar tarafından risk olarak değerlendirildiği ve sonucu bu yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür.

Daha önce yapılan HT nedenlerine yönelik algının araştırıldığı çalışmada duygusal durum, ruhsal yapı ve aile sorunları gibi yaşam stresi etmenlerinin yani psikolojik alt boyutların ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (Chen ve ark., 2009).

Karadağ ve ark. yapmış oldukları çalışma sonucunda da en yüksek puan ortalamasının psikolojik alt boyuta ve risk (tehdit) alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur. Akdağ ve ark. yaptığı çalışma sonucunda da en yüksek puan ortalamasının risk (tehdit) alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur (Karadağ ve ark., 2020; Akdağ ve ark., 2023).

Yani hastalık nedenleri alt boyutlarından en çok psikolojik ve risk boyutlarının ve en az ise şans alt boyutlarının etkilediği gözlenmiştir. Hastaların %82.8'inin sigara kullanması ve %56.4'ünün 1. Derecede akrabalarının hipertansiyon hastası olması hastalar tarafından risk olarak değerlendirildiği ve sonucu bu yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür. Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur (Chen ve ark., 2009; Karadağ ve ark., 2020; Akdağ ve ark., 2023).

Kadın hastaların hastalık tipi ve süre (akut/kronik) alt boyutlarına ait puan ortalamaları erkek hastalar göre yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadın hastaların hastalığı kronik olarak algıları ve hastalığa ait semptomları daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Kadınların daha hassas ve duygusal olmalarıyla birlikte, hastalığı hakkında endişelerinin daha fazla olduğu ve olumsuz etkilendikleri söylenebilir.

Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hastalığı anlayabilme puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla araştırma sonucu uyumlu bulunmuştur (Acehan, 2010)

Okuryazar olmayan hastalarda sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutuna ait puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar eğitim düzeyi düşük olan hastaların hastalığın negatif sonuçlarından daha fazla etkilendiğini ve hastalıkla provoke olan negatif duygularının fazla olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalıkları hakkında farkındalıklarının ve hastalığın tedavisi hakkında bilgi düzeyinin arttığı ve hastalığın olumsuz sonuçlarından daha az etkilendiğini söyleyebiliriz.

Araştırmada, katılımcı bireylerin HT hastalığının hayatı etkileme durumuna göre HAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; etkilenen bireylerin süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre(döngüsel), sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının etkilenmeyenlere oranla daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Lo ve ark. (2017). yaptığı çalışmada süre (akut/kronik) alt boyutuna ait puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıkların uzun süre yaşanması ve beraberinde getirdiği olumsuz etkiler hastaların bu düşüncelerinin nedeni olabilir.

5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Tanımlayıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamasının (113.74 ± 17.18) yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalık algısı puan ortalamasının yüksek çıkmasında sonucun bu yönde olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Araştırmada SYBDÖ II ölçeğine ait alt boyutlardan kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim puan ortalamasının en yüksek, fiziksel aktivite (12.24 ± 3.72) puan ortalamasının ise en düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Daha önce HT'li katılımcılar ile yapılan çalışma sonucu ile bu araştırmanın sonucu benzer bulunmuştur (Şahin ve ark., 2015). Koroner arter hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışma sonucu ile bu araştırmanın sonuçları benzer şekilde tespit edilmiştir (Chiou ve ark., 2016). Bu çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 56.34 ± 13.19 bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi ve kronik hastalıklarda sürenin uzaması, kas-iskelet sistemindeki yetersizliklerin ortaya çıkmasına, günlük

yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek bağımsızlıklarını kaybetmelerine yol açabileceği ve sonucun bu yönde etkilenebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, katılımcıların cinsiyetlerine göre SYBDÖ II puanlarının ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kadınlara oranla daha yüksek oranda olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmada erkek hastaların manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyut puanları ve ölçek toplam puanının kadın hastalara göre yüksek bulunduğu, evli bireylerde ise manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme alt boyut puanları ve ölçek toplam puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Karakuş, 2014).

Araştırmada yükseköğretim mezunlarının SYBDÖ II ölçeğine ait tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. HT ve kalp yetersizliği olan hasta bireylerle yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artması, sağlıklı yaşam davranışlarına uyum sağlanmasını yüksek oranda etkilediği bildirilmiştir (Korkmaz, 2012; Şahin ve ark., 2015). Eğitim kişinin yaşam tarzının önemli bileşenlerinden biridir. Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça kendi sağlıklarına ilişkin farkındalık düzeyleri de artmaktadır. Hem bu araştırma hem de literatür taraması, daha yüksek düzeyde eğitimin SYBD gerçekleştirilmesini ve uygulanmasını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Çalışma sonucunda evli hastaların SYBDÖ II ölçeğine ait tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının bekar hastalara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Evliliğin sağlıklı yaşam biçimi düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür. Evli daha düzenli ve planlı bir yaşam biçimine sahip olmaları beklendiğinden, bekarlara oranla sağlıklı yaşama yönelik girişimlere daha fazla önem verdikleri düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda sonucunda HT nedeniyle sağlık kontrole giden hastaların SYBDÖ II ölçeğine ait sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve ve toplam puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç sağlık kontrolüne giden hastaların kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk aldıklarını göstermektedir.

5.4. Hastalık Algısı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada, HT'li bireylerin HAÖ'nün alt boyutlarına ait puan ortalamaları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında pozitif ve negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, HT'li hastaların HAÖ hastalık tipi ($p<0.05$), süre akut/kronik, sonuçlar ($p<0.001$), ve duygusal temsiller ($p<0.05$) alt boyutu ile SYBDÖ II toplam puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastalık tipi, süre akut/kronik, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarına ait puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ II toplam puanları azalmıştır. Hastalığa ait semptomlar, hastalığa ait kronik olarak algıları ve kişilerin hastalığıyla ilgili endişeleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz etkilendiği düşünülebilir. Hipertansiyon hastalarında yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin yapılan araştırmalarda, hastalık süresi arttıkça yaşam tarzı düzenlemelerinde zayıflamalar olduğu ifade edilmektedir (William et al., 2018).

Araştırmada, HT'li katılımcıların HAÖ kişisel kontrol ($p<0.001$) tedavi kontrol ($p<0.05$) alt boyutu ile SYBDÖ II toplam puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Tedavi kontrol ve kişisel kontrol puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ II toplam puanlarında yükselmiştir.

Daha önce yapılan çalışmada, hastaların hastalığını kişisel kontrol edebilme algıları arttıkça fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimiyle birlikte sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarının da artış gösterdiği bulunmuştur (Şefikoğulları, 2018). Bu araştırma sonucunda kişisel kontrol ve tedavi kontrol boyutunun yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilediğini söyleyebiliriz. Yapılan bir çalışmada bireylerin hastalıklarını anlayabilme ve tedavi kontrol düzeyi yüksek olan bireylerin uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ross ve ark., 2004).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan 250 hipertansif bireyin çoğunluğunun cinsiyetinin kadın, çoğunluğun çalışmadığı, medeni durumunun evli, fazla kilolu, ilköğretim mezunu ve sigara kullandığı,
- Hastaların %68.4'ünün çevresinde HT hasta olduğu, %56.4'ünün HT tanısı alan kişilerin birinci derece akrabası olduğu, %100'ünün kan basıncı değerini bildiği, %81.6'sının HT nedeniyle sağlık kontrolüne gittiği ve %35.6'sının 3-6 ayda bir bu sebeple başvuru yaptığı,
- Bireylerin, hastalıklarının başlangıcından beri HAÖ' nün hastalık tipi alt boyutundan en çok baş ağrısı, yorgunluk, ağrı, güç kaybı ve sersemlik hissi yaşadıklarını ve bu belirtilerinin hastalıklarıyla ilgili olduğu, hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda en yüksek alt boyutun süre/kronik en düşük alt boyutun hastalığı anlayabilme olduğu,
- Bireylerin SYBDÖ II en çok puanı sırasıyla kişisel arası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres, fiziksel aktivite ve toplam puanın yüksek düzeyde olduğu,
- Bireylerin SYBDÖ II sağlık kontrolüne giden hastaların sağlık sorumluluğunun gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu,
- HAÖ süre akut/kronik alt boyutu ile SYBDÖ II sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu,
- Bireylerin kişisel kontrol algısı ve tedaviye olan inançları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı,

- Araştırmada, HT'li katılımcıların HAÖ hastalık tipi, süre akut/kronik, sonuçlar ve duygusal temsiller (alt boyutu ile SYBDÖ II toplam puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, hastalık tipi, süre akut/kronik, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarına ait puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ II toplam puanları azaldığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık profesyonellerinin HT hastalarının hastalık algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesine yönelik çalışmaların daha geniş evren ile yapılması HT'li bireylerin hastalık algılarının olumlu yönde artırılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması için hipertansiyonun yönetiminde etkili olan sağlık profesyonellerinin bu konulara daha fazla önem vermeleri önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Aalto, A.M., Heijmans, M. and Weinman, J., 2005, Illness perceptions in coronary heart disease: sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res*, 58, 393-402.
- Acehan, O., 2010. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Akdağ Y., Khorshid L., 2023. Acil servise başvuran hipertansif hastalarda tedaviye uyum ve hastalık algısının incelenmesi. (Investigation of treatment compliance and illness perception in hypertensive patients attending to the emergency department). *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6, 130–141.
- Aksakal, E., 2014. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri. *Hipertansiyon Haber Bülteni*, 1;12-17.
- Alper, Z., Ercan, İ., Uncu, Y., 2018. A meta-analysis and an evaluation of trends in obesity prevalence among children and adolescents in Turkey: 1990 through 2015. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 10;59–67.
- Arnett, D.K., Blumenthal, R.S., Albert, M.A., Buroker, A.B., Goldberger, Z.D., Hahn, E.J., 2019. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American heart association Task Force on clinical practice guidelines. *Circulation*, 140, 596–646.
- Arnett, DK., Blumenthal, R.S., Albert, M.A., Buroker, A.B., Goldberger, Z.D., Hahn, E.J., 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American heart association Task Force on clinical practice guidelines. *Circulation*, 140, 596–646.

- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., 2019. Turkish Hypertension Consensus Report. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 47(6), 535-46.
- Badır, A., 2011. “Hipertansiyon”, Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, s. 585-605, Nobel kitapevi, Adana.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A., 2008. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1);1-13.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A., 2008. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 1-13.
- Balcı Alparslan, G., Akdemir, N. & Babadağ, B., 2019. Erişkin ve Yaşlı Hipertansiyonu ve Bakım. Balcı Alparslan, G. (Ed.). Hipertansiyonda Bakım içinde (s. 7-38). Vize Yayıncılık, Ankara, Türkiye.
- Batıgün, A.D., Hasta, D., 2010. İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 213- 9.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N., 2012. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği, *TJFMPC*, 9(6), 13-21.
- Bozkuş, T., Türkmen, M., Kul, M., Özkan, A., Öz, Ü., Cengiz, C., 2013. “Beden eğitimi ve spor yüksekokulu’nda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi”, *International Journal of Sport Culture and Science*, 1(3), 49-65.
- Böcek, A., 2020. Türk hipertansiyon uzlaşi raporları: 2015’den 2019’a neler değışti? *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2), 326-33.
- Bulut, S., 2013. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; Fiziksel aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4), 205-14.

- Candan, C., Çalışkan, S., 2005. Çocukluk çağında hipertansiyona yaklaşım derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 15–22.
- Chen, S., Tsai, J., & Lee, W. 2009. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2234–2244.
- Chiou, A. F., Hsu, S. P., Hung, H.F., 2016. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Appl Nurs Res*, 30, 1-6.
- Civek, S., Akman, M., 2022. Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *Jour Türk Fam Phy*, 13 (1);21-28.
- Çevik, B., Kılıç, G., Sultan, K. A. V., Karahan, A., Eşer, A. K., & Doğan, N., 2020. Hemşirelerin invaziv arteriyel kan basıncı ölçümüne yönelik bilgi düzeyleri ve yaşadıkları güçlükler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 89-98.
- Çırpan, K.A., Demirkaya, M., Sevinir, B.B., 2019. Kanser Tanısı Alan Ergenlerde Hastalık Algısı. *Türk J Child Adolesc Ment Health*, 26(2);81-8.
- Dağ, İ., 2017. Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi.
- Dalak, H. 2010. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Mersin: Mersin Üniversitesi.
- Durmaz, C., & Arslan, P., 2017. Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(3), 278-286.
- Ekim, M., 2018. Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. *Bozok Tıp Derg*, 8(2), 80–5.

- Erkoç, B.S., 2013. Eskişehir Mahmudiye’de Erişkinlerde Hipertansiyon İnsidansı ve Risk Faktörleri. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Ermış, E., Doğan, E., Erilli, N., Satıcı, A., 2015. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği”, *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* ,6(1), 30-40.
- Güneş, G., Demircioğlu, N., Karaoğlu, L., 2005. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. *Turkish J Geriatrics*, 8(2):78-83.
- Hacıhasanoğlu, R., 2009. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12):153-164.
- Hall, M.E., Hall, J.E., 2017. Pathogenesis of hypertension. Hypertension: A Companion to Braunwald’s Heart Disease E-Book. 3rd (eds). Philadelphia, Elsevier, p:33-51.
- Hebcan Örs, S., Tümer, A., 2020. Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 81-88.
- Himmelfarb, C. R. D., Commodore-Mensah, Y., and Hill, M. N., 2016. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253.
- Karaahmetoğlu, G. U., Soğuksu, S., Softa, H. K., 2014. Hemşirelik 1. ve 2. Sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 26-41.
- Karagülle, Ç., Can Çiçek, S., 2020. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. *Turkish Journal of Science and Health*, 1(2), 36-49.

- Karakuş, G., 2014. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin: Mersin Üniversitesi.
- Kılıçkap, M., Barçın, C., Göksülük, H., Karaaslan, D., Özer, N., Kayıkçıoğlu, M., 2018. Data on prevalence of hypertension and blood pressure in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 46(7);525–45.
- Kirsten, S.D., Katherine, T. M., Yang, L. and Jiang, H., 2018. Trends in prevalence and control of hypertension according to the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Guideline. *J Am Heart Assoc*, 7(11), 16-20.
- Kocaman, N., Ozkan, M., Armay, Z., Ozkan, S., 2007. The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised Illness Perception Questionnaire. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271–80.
- Kolcu, M., Ergün, A., 2017. Yaşlılarda Hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 17-2.
- Kotchen, T. A., 2010. Obesity- Related Hypertension: Epidemiology Pathophysiology, and Clinical Management. *American Journal of Hypertension*, 23(11), 1170-1178.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M.A., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., 1997. Illness representations: Theoretical foundations. 3:26-29.
- Lu, J., Lu, Y., Wang, X., Li, X., Linderman, G. C., Wu, C., Cheng, X., Mu, L., Zhang, H., Liu, J., Su, M., Zhao, H., Spatz, E. S., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Krumholz, H. M., & Jiang, L., 2017. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: Data from 1.7 million adults in a population-

- based screening study (China PEACE Million Persons Project). 390(10112), 2549–255.
- Menon, M., Shukla, A., 2017. “Understanding hypertension in the light of Ayurveda”, *J Ayurveda Integr Medicine*, s.1-6.
- Nagpal, A., Padhy, N., 2015. Dynamics of perception of illness along time among hypertensive patients: Influence on well-being. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(9), 836-841.
- Nagarajan, P., 2023. Hipertansiyonda Renin Anjiyotensin Sisteminin Rolü. İçinde: Dhalla, NS, Bhullar, SK, Shah, AK (eds) Kardiyovasküler Hastalıklarda Renin Anjiyotensin Sistemi. Sağlık ve Hastalıkta Biyokimyadaki Gelişmeler, cilt 24. Springer, Cham.
- Nazari, M., Farmani, S., Kaveh, M. H., Ghaem, H., 2016. The effectiveness of lifestyle educational program in health promoting behaviors and menopausal symptoms in 45-60-year-old women in Marvdasht, Iran. *Global Journal of Health Science*, 8(10), 34.
- Oliveira, M.V.G., Abreu, Â.M.M., Welch, J.R., Coimbra, C.E.A., 2021. Coping with hypertension among indigenous peoples in brazil and the role of the primary care nurse: a critical review from a transcultural perspective. *Nurs. Rep*, 11, 942–13.
- Özdoğan, D. Ö., 2017. Tedavi Hedefleri: Ne Kadar Kabul Edilebilir?. *Klinik Tıp Bilimleri*, 5(5), 15-17.
- Özpancar, N., 2016. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 2-11. doi:10.5543/khd.2016.96268.
- Padmanabhan, S., Newton-Cheh, C. and Dominiczak, A.F., 2012. Genetic basis of blood pressure and hypertension. *Trends in Genetics*, 28(8), 397- 408.
- Population by years, age group and sex, census of population—ABPRS. Turkish


- Statistical Institute report.
2020. http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. (01.10.2023).
- Population by years, age group and sex, census of population—ABPRS. Turkish Statistical Institute report.
2020. http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. (01.10.2023).
- Ross, S., Walker, A., MacLeod, M.J., 2004. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607–613.
- Sakar, E., Akurt, F., 2019. İlköğretim okullarında görevli öğretmenlerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeyleri., *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1);30-6.
- Sarı, A., Akınoğlu, O., 2009. z-düzenlemeli öğrenme: modeller ve uygulamalar. *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 29(1), 139-154.
- Soemah, E., Hariyanto, A., Akbar, A. 2017. Effect of ergonomic gymnastic on blood pressure and lipid profile hypertension patient at sumber agung village, jatirejo district, mojokerto city, Indonesia, *International Journal Of Nur*, 1(1);14-25.
- şahin, Z.A., Biçer, N., 2015. Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *MN Kardiyoloji Dergisi*, 22(4):80-85.
- şamdanlı, ř. 2022. Hipertansiyon tanısı almış bireylerin hastalıkları ile ilgili internet kullanım durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli niversitesi.
- şengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., 2016. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*, 34;1208–17.

- The World Health Organization (WHO). Hypertension <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (11.10.2023).
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği.2016. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması, 2. Baskı, 20-30.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.2022. Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, 6. Baskı, 21-27.
- Uyarel, H., 2014. Tedavide Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Hipertansiyon Çalışma Grubu'nun online yayınlanan, *Hipertansiyon Haber Bülteni*, 1,1.
- Uysal, Y., Akpınar, E., 2013. Tip 2 Diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1);31-40.
- Verdecchia, P., Reboldi, G., Angeli, F.,2020. The 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines key messages and clinical considerations. *Eur J Intern Med*, 82,1-6.
- Virani, S.S., Alonso, A., Benjamin, E.J, Bittencourt, M.S., Callaway, C.W., Carson, A.P., 2020. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American heart association. *Circulation*, 141;139–596.
- Virani, SS., Alonso, A, Benjamin, EJ., Bittencourt M.S., Callaway, C.W., Carson, A.P., 2020. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American heart association. *Circulation*,141;139–596.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J.,1987. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-80.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Horne, R.,1996. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 11;431-445.
- Whelton,P.K.,Carey, R.M., Aronow,W.S.,Casey, D.E., Collins,K.J., Himmelfarb,

- C.D.,DePalma,S.M., Gidding,S., Jamerson,K.A., Jones,D.W., MacLaughlin,E.J., Muntner, Ovbiagele,B., Smith,S.C., Spencer,C.C., Stafford,R.S., Taler,S.J., Thomas,R.J., Williams,K.A., Williamson, J.D., Wright, J.T., 2017. “2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults ”, *Hypertension*, 71,13-115, 2018
- Williams, B., Mancia, G., Spiering W., AgabitiRosei, E., Azizi, M., Burnier, M., 2018. “2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension”, *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104, 2018.
- Yang L., Winslow B., Huang J., Zhou, N.,2021. Study on illness perceptions of Chinese rural-dwelling adults with hypertension: A descriptive study. *Public Health Nurs*, 38, 22–31
- Yasemin, Ö., Karabulut, A.B., 2018. “Günlük yaşam ve stres yönetimi”, *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* , 1(1), 48-56.
- Yıldırım, N., 2021. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- Yüksel, S., 2020. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 34-43
- Zengin, N., Ören, B., 2018. “İç hastalıkları ve Kadın Sağlığı”, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Ceylan Yalçın	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
<p>Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.</p>		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%14	% 15
II. Genel Bilgiler	% 30	% 35
III. Materyal ve Metod	% 30	% 35
IV. Bulgular	% 7	% 15
V. Tartışma	% 13	% 20
<p>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</p>		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mehtap TAN	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Hipertansiyon Hastalarının Hastalık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 33	Tarih:30.06.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. UYGULAMA İZİNİ



BİNGÖL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BİNGÖL HASTANE
HİZMETLERİ BİRİMİ

T.C.
BİNGÖL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-23234772-044
Konu : Ceylan YALÇIN (Bilimsel Çalışma)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi :10/10/2022 tarih ve E-7335 sayılı dilekçe.

İlgi sayılı dilekçeye istinaden; "**Hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi**" isimli çalışmaya onay verilmesi hususunu görüşmek üzere 11.10.2022 tarihinde Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Komisyonu toplanmış olup, Ceylan YALÇIN'ın belirtilen hususlarda çalışma yapabilmesi, ekte gönderilen Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.



EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz nedir? 1)Kadın 2) Erkek
2. Kaç yaşındasınız..... ?
3. Kaç kilosunuz.....kg? Boyunuz.....cm? BKİ.....
4. Eğitim durumunuz nedir? 1) Okuryazar değil 2) Okur yazar 3) İlköğretim mezunu
4)Lise mezunu 5) Yüksekokul ve Üniversite mezunu
5. Size göre gelir durumunuz nedir? 1)Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk
3)Gelirim giderimden fazla
6. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz? 1)İl 2) İlçe 3) Köy
7. Sağlık sigortanız var mı? 1)Var 2) Yok

B. Hastanın Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

8. Ailenizde ya da yakın çevrenizde hipertansiyon tanısı olan var mı?1) Evet (Yakınlığı)..... 2) Hayır
9. Hipertansiyon tanısını aldığınız süre (yıl):.....
10. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet.....paket / yıl 2)Hayır
3)Braktım.....süre
11. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet.....miktar / yıl 2)Hayır
3)Braktım.....süre
12. Kan basıncı değerinizi biliyor musunuz? 1)Evet (KB değeri)..... 2) Hayır
13. Hipertansiyon hastalığı nedeniyle sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?
1)Evet (Sıklığı) 2)Hayır 3) Hayır ise açıklayınız ?.....
14. Hipertansiyonun sizin hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?1)Evet 2) Hayır
15. Yaşam biçimi davranışlarınız (beslenme, fiziksel hareket, alışkanlıklarınız vb.) hipertansiyonu etkiliyor mu? 1)Evet 2) Hayır

EK-5. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Çalışma Durumu:

Mesleği:

Yaşı:

Medeni Durum:

Eğitim Durumu:

Cinsiyet:

Tıbbi Tanı:

Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

hastalığımla *Hastalığımın başlangıcından* *Bu belirti*
bu yana bu belirtiyi yaşadım *ilgili*

	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

<p>Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.</p> <p>1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum düşünüyorum</p> <p>2. Böyle düşünmüyorum düşünüyorum</p> <p>3. Kararsızım</p> <p>4. Böyle</p> <p>5. Kesinlikle böyle</p>	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					

32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ					
<p>Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.</p> <p>1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum 2. Böyle düşünmüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum 3. Kararsızım</p>	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
	1	2	3	4	5
OLASI NEDENLER					
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığımıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.



EK-6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatluyu kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları Okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıgım				