

**T.C.**  
**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ BİREYLERİN KİŞİLİK  
ÖZELLİKLERİNİN HASTALIK ALGISI VE TEDAVİYE  
UYUMUNA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan**  
**Canan YILDIRIM**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğretim Üyesi Gamze MUZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**ARALIK 2019**  
**NEVŞEHİR**

**T.C.**  
**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ BİREYLERİN KİŞİLİK**  
**ÖZELLİKLERİNİN HASTALIK ALGISI VE TEDAVİYE**  
**UYUMUNA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan**  
**Canan YILDIRIM**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğretim Üyesi Gamze MUZ**  
**Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**ARALIK 2019**  
**NEVŞEHİR**

## TEZ KABUL ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ ve Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK danışmanlığında yürütülen ve Canan YILDIRIM tarafından hazırlanan “Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

24.12.2019

Jüri

Başkan

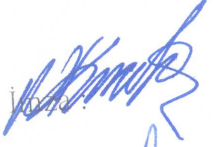
:Prof. Dr. Nimet KARATAŞ

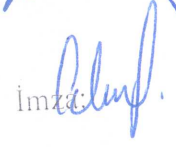
Üye

:Dr. Öğr. Üyesi Özlem CEYHAN

Üye

:Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ

İmza: 

İmza: 

İmza: 

ONAY


Bu tezin kabulü enstitü yönetim kurulunun 21.01.2020 tarih ve 2020.05.26 sayılı kararı ile onaylanmıştır

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK  
Enstitü Müdürü

## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

 (İmza)

Canan YILDIRIM

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında her konuda rahatlıkla ulaşıp danıştığım deneyimleri ile bana yol gösteren, yardım ve desteğini mesafelere ve saatlere rağmen esirgemeyip her daim hissettiren, lisans ve lisansüstü eğitimim süresince samimiyeti, sıcaklığı ve anlayışı için çok değerli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bilgi ve tecrübelerini deneyimlediğim değerli ikinci tez danışmanım Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK' e,

Yüksek lisans eğitimi ve tez çalışma aşamasında öneri ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ' a,

Çalışmanın istatistik kısmına verdiği destekten dolayı Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve İstar Danışmanlık' a,

Teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Araştırmanın veri toplama sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli arkadaşım Hemşire Merve DAĞDELEN' e,

Hayatımı kolaylaştırmak, güzelleştirmek için ellerinden gelenin de fazlasını yapan ve hep yanımda olan sevgili annem, babam ve biricik kardeşlerime,

Desteğiyle daima yanımda olan Tolga YILDIRIM' a sonsuz teşekkürler...

# HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ BİREYLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN HASTALIK ALGISI VE TEDAVİYE UYUMUNA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Canan YILDIRIM

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ FEN BİLİMLERİ  
ENSTİTÜSÜ

Aralık 2019

## ÖZET

Bu araştırma, Hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Nevşehir Devlet Hastanesi kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerinde Aralık 2018-Mart 2019 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uyan 400 hipertansiyonlu birey ile yürütülmüştür. Çalışmada veriler sosyo-demografik anket formu, Eysenck Kişilik Envanteri-Kısaltılmış Formu (EKA-GGK), Hastalık Algısı Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Kruskall Wallis testi, Mann-Whitney *U* testi, Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon testi kullanılmıştır. Eysenck kişilik ölçeği alt boyutlarında puan ortalamaları dışadönüklük  $3.14 \pm 1.34$ , nörotizm  $3.15 \pm 1.66$  ve psikotizm  $2.35 \pm 1.20$  olarak hesaplanmıştır. Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarında hastalık belirtisi (tipi)'nin puan ortalaması  $4.08 \pm 2.62$  saptanırken, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda kişisel kontrol  $22.73 \pm 4.03$ , süre (akut/kronik)  $21.97 \pm 3.79$ , duygusal temsiller  $22.17 \pm 5.17$ , hastalığı anlayabilme  $17.66 \pm 3.81$ , sonuçlar  $21.91 \pm 5.07$ , tedavi kontrolü  $19.00 \pm 3.37$ , süre (döngüsel)  $14.45 \pm 2.27$  olarak belirlenmiş; hastalık nedenleri alt boyutunda puan ortalamaları psikolojik atıflar  $24.72 \pm 4.41$ , risk faktörleri  $23.30 \pm 3.74$ , bağışıklık  $11.35 \pm 2.89$ , kaza/şans  $6.63 \pm 2.37$  hesaplanmıştır. Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğinde; beslenme skor  $2.24 \pm 1.82$ , medikal skor  $2.33 \pm 2.94$ , görüşme skor  $3.02 \pm 1.35$  ve toplam skor  $7.60 \pm 4.95$  olarak hesaplanmıştır. Bireylerin dışadönük kişilik özelliği ile yaş, eğitim durumu, diyetle uyuma durumu; nörotizm kişilik özelliği ile çalışma durumu; psikotizm kişilik özelliği ile bireylerin medeni hali, kiminle yaşadığı,

ek kronik hastalık olma durumu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sonuçlar doğrultusunda, Dışadönük kişilik özelliğine sahip bireylerin kişisel kontrol ve tedavi kontrol algılarının daha yüksek; medikal, beslenme tedaviye uyumlarının daha fazla olduğu; Nörotizm kişilik özelliğine sahip bireylerin hastalık süresini daha kronik algıladığı ve beslenme tedavisine uyumlarının fazla olduğu belirlenmiştir. Kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyum üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda kişilik özelliklerinin, hastalık belirtisi (tipi); kişisel kontrol, tedavi kontrol, duygusal temsil algıları ile medikal ve beslenme tedavisine uyum üzerine anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir.

***Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Kişilik özellikleri, Hastalık algısı, Tedaviye uyum***

**Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ; Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Sayfa Adedi:107**

**THE EFFECT OF PERSONALITY TRAITS ON ILLNESS PERCEPTION AND  
TREATMENT COMPLIANCE IN INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH  
HYPERTENSION**

**(M. Sc. Thesis)**

**Canan YILDIRIM**

**NEVSEHIR HACI BEKTAS VELI UNIVERSITY INSTITUTE OF SCIENCE**

**December 2019**

**ABSTRACT**

This descriptive study was conducted for the purpose of determining the effect of personality traits on illness perception and treatment compliance in individuals diagnosed with hypertension.

The study was conducted with 400 individuals meeting the inclusion criteria in the cardiology and internal medicine outpatient clinics of Nevsehir Public Hospital between December 2018 and March 2019. The data in the study were collected using a questionnaire, the Eysenck personality inventory-short form (EPI-SF), the illness perception questionnaire, and the Hill Bone HT treatment compliance scale. Statistical evaluation of the data was performed using the Kruskal Wallis test, Mann-Whitney *U* test, Pearson's correlation and multiple linear regression test. In the subscales of Eysenck personality inventory; the mean score was found to be  $3.14 \pm 1.34$  for extroversion,  $3.15 \pm 1.66$  for neuroticism, and  $2.35 \pm 1.20$  for psychoticism. In the illness perception questionnaire, the mean score was found to be  $4.08 \pm 2.62$  in the illness identity (type) subscale;  $22.73 \pm 4.03$  for personal control,  $21.97 \pm 3.79$  for timeline (acute/chronic),  $22.17 \pm 5.17$  for emotional representations,  $17.66 \pm 3.81$  for illness coherence,  $21.91 \pm 5.07$  for outcomes,  $19.00 \pm 3.37$  for treatment control and  $14.45 \pm 2.27$  for timeline (cyclical), in the subscale of attributions concerning the disease; and  $24.72 \pm 4.41$  for psychological attributions,  $23.30 \pm 3.74$  for risk factors,  $11.35 \pm 2.89$  for immunity and  $6.63 \pm 2.37$  for accident/chance, in the causes of disease subscale. In the Hill Bone hypertension treatment compliance scale; it was found that the mean score



was  $2.24 \pm 1.82$  for nutrition subscale,  $2.33 \pm 2.94$  for medical subscale, and  $3.02 \pm 1.35$  for interview subscale and total score was  $7.60 \pm 4.95$ . It was determined that the difference between individuals' extroversion personality trait and age, educational background and compliance to diet; between neuroticism personality trait and working condition; between psychoticism personality trait and marital status, the person whom they live with and comorbidity was statistically significant ( $p < 0.05$ ). In accordance with the results, it was determined that extroverted individuals had higher personal control and treatment control perceptions and higher medical and nutrition treatment compliance. On the other hand, neurotic individuals perceived the disease duration more chronically and had higher nutrition treatment compliance. As a result of the multiple linear regression analysis which was performed to determine the effect of personality traits on illness perception and treatment compliance, it was found that the personality traits had a significant effect on illness identity (type), personal control, treatment control, emotional representation perceptions, as well as medical treatment compliance and nutrition treatment compliance.

***Keywords: Hypertension, Personality Traits, Illness perception, Treatment Compliance***

**Thesis Advisor: Dr. Lecturer Gamze MUZ; Assoc. Prof. Dr. Hanife OZCELIK;  
Number of Pages: 107**

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	xiii
BÖLÜM 1	
GİRİŞ	
1.1. Problem Tanımı ve Amacı.....	1
BÖLÜM 2	
GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. HİPERTANSİYON.....	5
2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	5
2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
2.1.3. Özel Hipertansiyon Tipleri.....	8
2.1.4. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	8
2.1.5. Hipertansiyon Etiyolojisi.....	9
2.1.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular.....	9
2.1.7. Hipertansiyonda Risk Faktörleri.....	10
2.1.8. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme.....	10

2.1.9.	Hipertansiyonda Tedavi .....	10
2.1.9.1.	Yaşam Biçimi Değişiklikleri .....	11
2.1.9.2.	Hipertansiyonda Farmakolojik Tedavi.....	13
2.1.9.3.	Bütünleşik (İntegratif) Sağlık Uygulamaları .....	15
2.2.	KİŞİLİK .....	15
2.2.1.	Kişilik ve Kişilik Özelliklerini Belirleyen Faktörler .....	16
2.2.2.	Kişilik Özellikleri ve Hipertansiyon .....	16
2.3.	HASTALIK ALGISI.....	17
2.4.1.	Hastalık Algısı ve Hipertansiyon.....	17
2.4.	TEDAVİYE UYUM .....	18
2.4.2.	Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerde Tedaviye Uyum.....	18
2.5.	HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ.....	19

### BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM.....	21	
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	21
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.3.1.	Araştırmanın Evreni.....	21
3.3.2.	Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.4.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	22
3.5.	Verilerin Toplanması .....	22
3.5.1.	Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	22

3.5.1.1.	Anket Formu (EK-1).....	22	
3.5.1.2.	Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EK-2) .....	22	
3.5.1.3.	Hastalık Algısı Ölçeği (EK-3).....	23	
3.5.1.4.	Hill Bone HT Tedavisine Uyum Ölçeği (EK-4).....	23	
3.5.2.	Ön Uygulama.....	24	
3.5.3.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	24	
3.6.	Araştırmanın Etik Boyutu .....	24	
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	25	
BÖLÜM 4			
BULGULAR .....			26
BÖLÜM 5			
TARTIŞMA.....			61
SONUÇ VE ÖNERİLER .....			70
KAYNAKÇA .....			73
EKLER .....			89
ÖZGEÇMİŞ.....			107

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 2.1.2.1.</b>	ESC/ESH 2018 Yeni Kan Basıncı Sınıflandırma Sistemi .....	6
<b>Tablo 2.1.2.2.</b>	2017 Amerika Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması .....	6
<b>Tablo 4.1.</b>	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	26
<b>Tablo 4.2.</b>	Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.3.</b>	Bireylerin Eysenck Kişilik Anketi, Hastalık Algısı Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedaviye Uyum Ölçeği Alt Boyut Puan ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	29
<b>Tablo 4.4.</b>	Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.5.</b>	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı .....	34
<b>Tablo 4.6.</b>	Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.7.</b>	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı .....	42
<b>Tablo 4.8.</b>	Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	46

<b>Tablo 4.9.</b>	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	48
<b>Tablo 4.10.</b>	Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	51
<b>Tablo 4.11.</b>	Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyutları ile Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki .....	53
<b>Tablo 4.12.</b>	Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısına Etkisini Açıklamak Üzere Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları.....	57
<b>Tablo 4.13.</b>	Kişilik Özelliklerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisini Açıklamak Üzere Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları .....	59

## KISALTMALAR ve SİMGELER

ACE	: Anjiyotensin Konverting Enzim
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
Ca <sup>+</sup>	: Kalsiyum
Cm	: Santimetre
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC/ESH	: European Society of Cardiology (ESC) /European Society of Hypertension (ESH)-Avrupa Kardiyoloji Derneği/ Avrupa Hipertansiyon Derneği
HT	: Hipertansiyon
JNC	: Joint National Committee-Birleşik Ulusal Komite
METSAR	: Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevalansı Araştırması
mmHg	: Milimetre civa
Mmol	: Milimol
n	: Birim Sayısı
Patent	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
RAS	: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)
KB	: Kan Basıncı
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

## BÖLÜM 1

### 1. GİRİŞ

#### 1.1. Problem Tanımı ve Amacı

Dünya’da ve ülkemizde beklenen yaşam süresinin uzaması ve sağlıklı yaşam koşullarının azalması ile birlikte kronik hastalıklarda bir artış olduğu bildirilmektedir. Dünya’da 2005 yılında ölümlerin % 60’ının kronik hastalıklar nedeniyle meydana geldiği ve 35 milyon kişinin kronik hastalıklardan yaşamını kaybettiği ve bu oranın 2020 yılında % 73’e ulaşacağı öngörülmektedir. [1]. Ülkemizde sürekli artan nüfus ve değişmekte olan yaşam şekli sebebiyle kronik hastalıklar daha fazla gün yüzüne çıkmaya başlamıştır. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre ülkemizdeki tüm ölümlerin % 71’i kronik hastalıklardan dolayı olduğu ve ilk yirmi hastalık grubu içinde yer alarak önemli derece de hastalık yükü oluşturmaktadır [2].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının ilk sırada yer aldığını ve payının gittikçe artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Kalp hastalıkları 2009’da % 40.0, 2017’de % 39.7, 2018’de % 38.4 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır [3]. Kardiyovasküler hastalıklarda ilk sırada yer alan önlenebilir risk faktörlerinden biri hipertansiyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Hipertansiyon (HT), erişkin yaş grubunda Dünya’da ve ülkemizde sık görülen kronik bir hastalıktır [4].

Ülkemizde ise bu konuda yapılmış çalışmalar mevcuttur. Bunlardan; Türkiye’de yapılan PatenT (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması) 2003 çalışmasına göre HT sıklığı % 31.8 olarak tespit edilmiştir [5]. PatenT çalışmasının devamı niteliğinde olan ve bu çalışmadaki hasta popülasyonunun yeniden değerlendirildiği 2012 yılında yapılan PatenT 2 çalışmasına göre HT sıklığı Türkiye’de % 30.3 olarak saptanmıştır [6]. Türkiye’de Hipertansiyon prevalansının % 31.8 olduğu kontrol ve önleme programı raporunda bildirilmiş, hipertansiyon sıklığının kadınlarda %36.1, erkeklerde %27.5 olduğu belirtilmiştir. Yine bu raporda hipertansiyon tanısı alan hastaların %32.2’sinin tanı almadan önce kan basıncını hiç ölçtürmediği, hipertansif bireylerin yalnızca %40’ının hastalığının farkında olduğu belirlenmiştir. [7]. Türkiye genelinde yapılan diğer bir çalışma da Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevalansı Araştırması’nda



(METSAR) hipertansiyon prevalansı daha fazla artış göstermiş ve % 41.7 bulunmuştur [8].

Bu sonuçlar doğrultusunda hipertansiyon prevalansının giderek artması hem hastaların sağlığının korunmasında hem de sağlık harcamalarının azalmasında tedavi ve bakımının başarısı önem arz etmektedir. Hipertansiyon tanısına sahip olan bireyler tedavinin getirmiş olduğu sıkıntılar, yaşamış olduğu kaygı, semptomları yönetme ve komplikasyonlar açısından birçok olumsuz deneyimler yaşamaktadır [9]. Bu olumsuz deneyimlerle baş etmede kişinin sahip olduğu kişilik özelliği önemli bir yere sahiptir. Bireylerin çevreden aldıkları uyaranları algılama düzeyleri ve çevreye verdikleri tepki düzeyleri arasında algılayışları ile bir paralellik mevcuttur. Bu algılayışı etkileyen temel faktör bireyin kendi içinde yer alan tutarlılığı yani kişilik özelliğidir [10]. Kişilik özellikleri üzerine yapılan bir çalışmada, Pedersen ve arkadaşları (2007) kalp hastalarına uygulanan tedavinin etkinliğini saptamak amacıyla tedaviden belirli bir süre sonra D tipi kişilik özelliği taşıyan (olumsuz duygulara meyilli) bireylerde genel sağlık durumunda iyileşme olmasına rağmen, bireyler bu iyilik halini kabullenmemiş, bireylerin bu tedaviden yarar sağlamadıkları saptanmıştır [11]. Diyabetli bireylerle yapılan başka bir araştırmada ise oral tip kişilik özelliklerine sahip bireylerin stresli yaşam olaylarına daha fazla maruz kaldıkları ve daha fazla oranda strese hiperglisemik yanıt verdikleri belirlenmiştir [12].

Bireylerin kişilik yapısı, hastalığı ve kendini algılama düzeyi, tepki oluşturma biçimi arasında ilişki vardır. Hastayı ve tepki biçimini anlayıp değerlendirebilmek için bireylerin kişilik özelliklerini bilmek gerekmektedir. Kişilik özellikleri kişinin hastalığı algılama düzeyi açısından önem arz etmektedir. Hastalığın kişi tarafından nasıl algılandığı ve anlamlandırıldığı, hastalık ve tedaviye uyum düzeyi, yaşanan psikososyal güçlükler ve etkilerinin değerlendirmesi dikkat edilmesi gereken konular arasındadır [13]. Bireyler hipertansiyon gibi bir kronik hastalık tanısı aldıklarında duyuşsal, bilişsel ve psikososyal etkilenme yaşamakta ve bu durum bireylerde, duyuşsal ve davranışsal cevaplar oluşturarak hastalığa karşı algı oluşumuna zemin hazırlamaktadır [14]. Hastalık algısının oluşumunda; bireylerin yaşamış olduğu deneyimler, baş etme mekanizmaları, inanç ve değerleri etkilidir. Bu kavramlar bireylerin hastalıkları yönetmelerini, tedaviye uyumlarını, semptomları kontrol etmede yararlılığa ilişkin

inançlarını ve her hastanın özgül hastalık algısını oluşturmaktadır [15]. Bu algı; bireylerin hastalığa karşı duygusal ve davranışsal tepkilerini, hastalıkla ilerleyen süreç boyunca nasıl başa çıktığını (baş çıkma stratejileri), yaşam kalitesini, psikososyal zorlanma ve tedaviye uyumunu etkilemektedir [16-19]. Yapılan çalışmalarda da hastalık algısının kişinin bakım ve tedavisini üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir [13,20]. Frosthalm ve arkadaşlarının çalışmasında; hastalıklarının nedenlerini stres, psikososyal durum ve yaşam şekli ile bağdaştırdıklarını, daha fazla semptom yaşayanların, hastalığının iyileşme sürecinin uzayacağını ve bu sürecin kötü olarak sonuçlanacağına inananların sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir [13,20].

Kronik hastalık bireylerde zihinsel ve fiziksel kısıtlılıklar oluşturarak bağımsızlığı azaltmakta ve kısıtlamaktadır. Bireylerin kan basıncı kontrollerinin sağlanmasında hastanın uyumu ve tedaviyi etkin sürdürme birbiri ile ilişkili iki faktördür. Kan basıncı kontrolü üzerindeki önemli faktörlerden biri tedaviye hastanın uyumsuzluğudur. Uyumsuzluk, bireyin davranış biçimi, hasta ile iletişim, uygulanan tedavinin karmaşıklığı gibi birçok nedene bağlı olmaktadır [21-22].

Hemşireler sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakımı gereksinimlerinin belirlenmesinde primer bakım verici olarak; kişilik özelliklerinin, hastalık algısına ve tedaviye uyum düzeyine etkisi olduğunu bilerek bakım vermelidirler. Hemşireler sağlığı korumak ve geliştirmek için hastalık algısı ve tedaviye uyum sürecinde hastalara bireyi bir bütün olarak tanımayı, sorununu belirleyip çözmeyi sağlamada daha etkin bir şekilde yardımcı olabilirler. Bireylerin hastalık algıları ve tedaviye uyumu üzerine olan yanlış değerlendirmelerini düzeltebilirler. Hemşirelerin hastalara ve ailelerine, doğru ve güvenilir bilgi sağlamada rolleri vardır. Bu rollerini yerine getirirken bireysel özelliklerinin farklılığı sonucu oluşan algılamalarının bilincine vararak gerekli danışmanlık ve bakım planlayabilirler [12,23].

Literatürde elimizdeki en iyi bilgiler doğrultusunda kronik hastalıklarda, hastalık algısı ve tedaviye uyum üzerine araştırmalar mevcuttur [12,24-25]. Fakat hipertansiyon hastalarında kişilik özellikleri, hastalık algısı ve tedaviye uyumun birlikte çalışıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma, hipertansiyon tanısı almış

bireylerde kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.



## BÖLÜM 2

### 2. GENEL BİLGİLER

#### 2.1. HİPERTANSİYON

##### 2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Arteriyal kan basıncının, normal kabul edilen sınırların üzerine çıkması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır [26]. European Society of Cardiology (ESC) /European Society of Hypertension (ESH) 2013 kılavuzuna göre hipertansiyon; sistolik kan basıncının (SKB) >140 mmHg ve/ veya diyastolik kan basıncının (DKB) >90 mmHg olması şeklinde tanımlanmaktadır [27]. 2018 yılında, ESC/ESH tarafından yayınlanan kılavuzda kan basıncı sınıflamasına göre; SKB'nın 120-129 mmHg ve/veya DKB'nın 80-84 mmHg olması normal kan basıncı değerleri olarak kabul görmüştür [28]. Hipertansiyon karmaşık ve birbiri ile ilişkili etiyolojik faktörlerden kaynaklanan ilerleyici bir sendromdur. Bu ilerleme kalp, böbrekler, beyin, damarlar ve diğer yapısal organlara zarar verebilen erken morbidite ve mortaliteye neden olan kardiyovasküler sistem anormallikleri ile ilişkilidir. [29].

##### 2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon sınıflaması nitel özellik taşımaktadır. Fakat tanı ve tedavi de kolaylık sağlanması bakımından sınıflama önem arz etmektedir. Hipertansiyon; kan basıncı düzeylerine, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına, etiyolojisine göre üç gruba ayrılmaktadır [30-31].

##### Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon; sistolik ve diyastolik basınç değerlerine göre sınıflanmakta ve sınıflandırma derecesine göre uygun tedavi önerilmektedir [32-33]. ESC/ESH tarafından 2018 yılında yayınlanan klavuz tablo halinde verilmiştir [25]. (Tablo 2.1.2.1.)

**Tablo 2.1.2.1:** ESC/ESH 2018 Yeni Kan Basıncı Sınıflandırma Sistemi

<b>Kategori</b>	<b>Sistolik Basıncı</b>		<b>Diastolik Basıncı</b>
Optimal	<120 mm Hg	Ve	<80 mm Hg
Normal	120-129 mm Hg	ve / veya	80-84 mm Hg
Yüksek normal	130-139 mm Hg	ve / veya	85-89 mm Hg
Evre 1 hipertansiyon	140-159 mm Hg	ve / veya	90-99 mm Hg
Evre 2 hipertansiyon	160-179 mm Hg	ve / veya	100-109 mm Hg
Evre 3 hipertansiyon	≥180 mm Hg	ve / veya	≥110 mm Hg
İzole sistolik hipertansiyon	≥140 mm Hg	Ve	<90 mm Hg

Amerika Hipertansiyon Kılavuzu 2017 yılında güncellenmiş ve yeni kılavuza göre kan basıncı sınıflaması ise tablo 2.1.2.2. yer almaktadır [34].

**Tablo 2.1.2.2:** 2017 Amerika Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

<b>Kategori</b>	<b>SKB (mmHg)</b>		<b>DKB (mmHg)</b>
<b>Normal</b>	<120	Ve	<80
<b>Yüksek</b>	SKB 120-129	Ve	DKB < 80 mmHg
<b>Evre 1</b>	SKB 130-139	Ve	DKB 80-89 mmHg
<b>Evre2</b>	SKB en az 140	veya	DKB en az 90 mmHg
<b>Hipertansif kriz</b>	SKB >180	ve/veya	DKB>120 mmHg

### **Etiyolojilerine Göre Sınıflandırma**

Etiyolojisine göre hipertansiyon; primer (esansiyel, birincil) hipertansiyon ve sekonder (ikincil) hipertansiyon olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır [35]. Buna göre;

-Primer hipertansiyon, sebebi kesin olarak bilinmeyen bir sebepten dolayı kan basıncının yükselmesi sonucu oluşan olgulara denir. Hipertansiyon olguların % 90-95’lik bölümünü primer hipertansiyon oluşturmaktadır [36]. Primer hipertansiyonun saptanabilen tek bir nedeni yoktur oluşumunda birçok neden etkili olmaktadır. Bu nedenler; aşırı sodyum alımı, düşük potasyum alımı, sigara, alkol, sedanter yaşam, obezite, stres ve genetik yatkınlık bu nedenler içinde sıralanabilir [37].

-Sekonder hipertansiyon, başka bir hastalık sebebiyle oluşan hipertansiyondur. Tüm hipertansiyon olgularının % 5-10’luk kısmını oluşturmaktadır [38]. Sekonder hipertansiyon daha çok genç hasta popülasyonunda görülür ve tedavi edilebilir. Sekonder hipertansiyona yol açan en sık sebepler renal hastalıklardır. Bunu takip eden diğer sebepler ise endokrin ve adrenal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, intravasküler volümü artışı, gebeliğe ve ekzojen ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan hipertansiyonlardır [39-42].

### **Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırma**

Kardiyovasküler hastalıklar için risk yalnızca kan basıncı düzeyi ile değil aynı zamanda hedef organlarda tutulum ve risk faktörlerinin varlığı-yokluğu ile de ilgilidir. Kan basıncı düzeyi ve risk grupları ile yapılan sınıflandırma direkt tedavi yaklaşımı ve prognozun belirlenmesi ile bağlantılıdır. Bu nedenle hipertansiyon sınıflandırılırken risk faktörleri ve hedef organ tutulumu, ortalama kan basıncına ek olarak değerlendirilmelidir [43].

Yüksek normal kan basıncı ile birinci, ikinci ve üçüncü evrede ki hipertansiyon hastaları A, B, C düzeyi risk gruplarına ayrılmaktadır. A düzeyi risk grubunda (düşük risk) kan basıncı ne düzeyde olursa olsun, klinik olarak tanımlanmış kardiyovasküler bir hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. B düzeyi risk grubunda (orta risk) klinik olarak kardiyovasküler bir hastalık ve hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışında 1 veya daha fazla risk faktörü bulunur. C düzeyi risk grubunda (yüksek risk) ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu mevcuttur [43-44]. ESC/ESH 2012-2013 kılavuzları toplam kardiyovasküler riski “düşük risk”, “orta derece”, “yüksek” ve “çok yüksek risk” olarak derecelendirmiştir [45].

### 2.1.3.Özel Hipertansiyon Tipleri

**Beyaz Gömlek Hipertansiyonu/İzole Ofis Hipertansiyonu:** Hastane ortamı ya da hekim kliniğinde ölçülen kan basıncının yüksek bulunmasına karşın klinik dışında veya ev ortamında günün diğer saatlerinde yapılan ölçümlerin normal sınırlarda seyretmesidir [2].

**İzole Sistolik Hipertansiyon:** Kan basıncının sistolik değerinin 160 mmHg veya üzerinde olmasına rağmen diyastolik kan basıncı değerinin 90 mmHg'nin altında olmasıdır [46].

**Malignant Hipertansiyon:** Kan basıncı sistolik değerinin ani olarak 200 mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin 140 mmHg ve ortalama arter basıncının 150 mmHg'nin üzerine çıkmasıdır [5].

**Maskeli Hipertansiyon:** Kan basıncının ofis ya da hekim kliniğinde normal olmasına karşın 24 saat ambulatuar kan basıncı ölçümlerinin veya evde ölçülen kan basıncının gündüz saati değerlerinin 130/80 mmHg'nin üzerinde olmasıdır [47,2].

### 2.1.4. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, Dünya genelinde yaklaşık olarak bir milyar insanı etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon sıklığı ülkeler arasında farklılık gösterse dahi küresel anlamda kardiyovasküler risk faktörleri arasında en fazla görülen nedendir [48]. 2000 yılı itibariyle Dünya erişkin nüfusunda tanısı konulmuş olan hipertansiyonlu bireylerin oranının % 26.4 olduğu ve bu bireylerin çoğunlukla ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmiştir. Bu oranın zamanla artacağı ve 2025 yılında % 29.2 ye ulaşacağı öngörülmüştür [49].

Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre Dünya da her yıl kardiyovasküler hastalıklar yüzünden 17.9 milyon insan ölmekte ve bu oran tüm ölümlerin % 31 ini oluşturmaktadır. DSÖ kardiyovasküler hastalıklar sonucu oluşan ölüm oranını 2030 yılında 23.4 milyona çıkacağını öngörmektedir [50-51].

Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF) çalışması, verilerine göre Hipertansiyon prevalansının % 33.7 olduğu bildirilmektedir [52].

Türkiye’de yapılan PatenT (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması) 2003 çalışmasına göre HT sıklığı % 31.8 olarak tespit edilmiştir [5]. PatenT çalışmasının devamı niteliğinde olan ve çalışmadaki hasta popülasyonunun yeniden değerlendirildiği 2012 yılında yapılan PatenT 2 çalışmasına göre HT sıklığı Türkiye’de % 30.3 olarak saptanmıştır [6]. Türkiye genelinde yapılan diğer bir çalışma da Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevalansı Araştırması’nda (METSAR) hipertansiyon prevalansı daha fazla artış göstermiş ve % 41.7 bulunmuştur [8].

TÜİK 2017 yılı verilerine göre tüm ölümler içinde % 39.7 sinin kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı dolaşım sistemi nedeniyle kaynaklanan ölümlerin % 8.9 unun nedeninin hipertansiyon olduğu belirtilmiştir [53]. Ayrıca 2016 yılında Türkiye de son 12 aylık süreç içerisinde tansiyon kontrolü yaptıran bireylerin oranının % 48.6 olduğu belirtilmiştir [54].

#### **2.1.5. Hipertansiyon Etiyolojisi**

Hipertansif hastaların % 95’inde önlenebilir bir neden saptanamamaktadır. Bu durum primer ya da esansiyel HT tanımlamasında kullanılmaktadır. Esansiyel hipertansiyonun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte çeşitli risk faktörleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Gözleme dayanan ve randomize çalışmalar göstermiştir ki; yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, hiperkolesterolemi, diabetes mellitus, ailede HT öyküsü, obezite, tuz tüketimi, alkol tüketimi, stres, kişilik yapısı ve sedanter yaşam hipertansiyon gelişiminde rol oynamaktadır. Hipertansif hastaların yaklaşık olarak % 5’inde tanımlanabilir bir neden belirlenebilmekte olup sekonder hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır [55-56]. Sekonder hipertansiyon oluşum nedenleri arasında renal ve endokrin kaynaklı nedenler, nörolojik hastalıklar kaynaklı nedenler, aort koartasyonu, gebeliğe bağlı hipertansiyon, artmış damar içi basınç ve akut stres (cerrahi girişimler, hiperventilasyon, hipoglisemi gibi) yer almaktadır [57].

#### **2.1.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular**

Hipertansiyonda başlangıçta belirtiler genellikle yoktur, bu nedenle bireyler hastalıklarının farkında değildirler [58]. Hastaların bir kısmında ise kan basıncı yüksekliğinin yanı sıra görülebilecek başlıca belirtiler; zonklayıcı tarzda olabilen baş ağrısı (enseden başlayan oksipital bölgeye lokalize olan), nefes darlığı, baş dönmesi,



çarpıntı, göğüs ağrısı, epistaksis, çift görme, bulanık görme, kulaklarda çınlama bazen çok sık idrara çıkma, yüzde kızarma, bacaklarda şişliktir [59-62].

### **2.1.7. Hipertansiyonda Risk Faktörleri**

Türkiye’de, risk profili çalışmalar ile ortaya konmuştur [6-8]. Hipertansiyonun risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere iki farklı gruba ayrılır [49].

#### **Değiştirilebilir Risk Faktörleri**

Hipertansiyonda değiştirilebilir risk faktörleri arasında obezite (vücut kitle indeksi  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), abdominal obezite (bel çevresi erkekler  $\geq 102$ cm; kadınlar  $\geq 88$  cm), tuzlu yeme alışkanlığı, yetersiz potasyum ve kalsiyum alımı, aşırı sigara ve alkol tüketimi, psikososyal stres ve sedanter yaşam tarzı yer alır [37,59,63].

#### **Değiştirilemeyen Risk Faktörleri**

Değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk, genetik, etnik yapı olarak gruplandırılmıştır [59,63-64].

### **2.1.8. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme**

Hipertansif bir bireyde klinik olarak yapılacak değerlendirme ve araştırmaların dört ana amacı vardır. Bunlar;

- Kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunu doğru ölçme teknikleri ile doğrulamak ve düzeyini saptamak,
- Sekonder hipertansiyonun var olup olmadığını, var ise sebebini saptamak,
- Hedef organ hasarının mevcut olup olmadığını ve yaygınlığını değerlendirmek,
- Prognozu ve tıbbi tedaviyi etkileyebilecek diğer kardiyovasküler risk faktörlerini ve klinik özellikleri araştırmaktır [65-66,57].

### **2.1.9. Hipertansiyonda Tedavi**

Hipertansiyon tedavisinden temel amaç; morbidite ve mortalitenin mümkün olan en basit şekilde azaltılmasıdır. Kan basıncının düşürülmesine paralel olarak mevcutsa kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması hedeflenir [57]. Hipertansiyon

tedavisinde başlıca yaşam biçimi değişikliklerini içeren nonfarmakolojik ve farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri kapsamaktadır. Bu yöntemler birlikte uygulanmalıdır. Antihipertansif tedaviye başlama kriterleri sistolik ve diyastolik kan basıncı (KB) düzeyleri ile total kardiyovasküler risk düzeyine göre belirlenir. Aynı zamanda sigara, dislipidemi, abdominal obezite, diyabet gibi risk faktörleri belirlenmeli ve birlikte olan şartlarda da KB yüksekliği tedavi edilirken uygun yöntemlerle tedavi edilmelidir [67]. Hipertansiyonda tedavi yöntemleri; yaşam biçimi değişiklikleri, farmakolojik tedavi yaklaşımı ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini içermektedir [68].

### **2.1.9.1.Yaşam Biçimi Değişiklikleri**

Hipertansiyon yaşam boyu süren, farmakolojik tedavisi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilmektedir [69]. Yaşam tarzı değişikliklerinin öncelikli amaçları; antihipertansif tedaviye ek olarak ilaç sayısını ve doz miktarını azaltmaktır [70-71].

Yaşam tarzı değişiklikleri içerisinde;

- Kilo kontrolü ve ideal vücut ağırlığının korunması,
- Sağlıklı beslenme,
- Tuz alımının kısıtlanması,
- Alkol tüketiminin sınırlandırılması,
- Stres yönetimi,
- Hareketli yaşam (haftada en az 5 kez 30 dakikadan az olmayan aktivite),
- Tütün kullanımına son verilmesi yer almaktadır [72-74].

### **Kilo Yönetimi**

Hipertansiyon hastalığına sahip olan bireylerin yaklaşık % 60'ı normal kilonun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olduğu tahmin edilmekte ve obezite ile HT arasında ilişki olduğu bilinmektedir [75]. Beden kitle indeksinin 25 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olması kan basıncındaki artış ile ilişkili olduğu saptanmış, vücut yağ oranının fazla olması kan basıncı yüksekliğine neden olan hipertansiyon oluşumuna katkı sağlayan temel etkenlerdendir. Fazla vücut yağının bedenin üst kısımlarında birikmesi sonucu oluşan 'abdominal obezite' kan basıncının bir belirleyicisi olarak kullanılmaktadır. Abdominal

obezitenin göstergesi olarak bireylerde bel çevresi ve bel kalça oranı kullanılmaktadır. Bel çevresinin kadınlarda > 88 cm, erkeklerde > 102 cm olması obezite için risk oluşturmakta, bel kalça oranının kadınlarda 0.88, erkeklerde 0.102 üzerinde olması abdominal obeziteyi göstermekte ve bu tür hastalarda kilo yönetiminin sağlanıp kilo verilmesi gerekmektedir [76]. Joint National Committee (JNC) 7. raporu obez hipertansifler için kilo verilmesi gerektiğini ve tüm hipertansiflerin engel bir durumları yoksa fizik aktiviteyi artırmalarını ve yapılan araştırmalar sağlık ekibi üyeleri olumlu davranış oluşturmada motive etmelerini önermektedir [75].

### **Günlük Alınan Tuz Miktarının Azaltılması**

Klinik randomize çalışmalarda hipertansif hastalarda sodyum alımı kısıtlandığında, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde bir azalma olduğu saptanmıştır. Sodyum kısıtlaması diüretiklere bağlı potasyum kaybını azaltır, osteoporozu karşı koruyucu olarak rol oynar, vasküler ve bronşial düz kaslarda gevşeme sağlar ve sol ventrikül hipertrofisini geriletebilir [77,57].

### **Alkol Tüketimi**

Kan basıncı ile alınan alkol miktarı arasında paralel bir ilişki olduğu, etil alkol miktarının günlük doz olarak 28–55 g'ı geçenlerde bireylerde hipertansiyon prevalansının fazla olduğu saptanmıştır. Alkol kullanan bireylerde akut kan basıncı değerlerinde bir artış görülmektedir. Ayrıca alkolün antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta olduğu ve inme riskini artırdığı açıklanmaktadır [57].

### **Fiziksel Aktivite**

Sedanter yaşam biçimine sahip bireylerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi olanlara göre % 20-50 daha fazladır. Hipertansif bireylerin haftada en az 3-4 defa hedef kalp hızının % 60-70'ine ulaşacak şekilde 30-45 dakikalık hızlı yürüyüş yapmaları önerilmektedir. Düzenli egzersiz yapan bireylerde damar sertliği azalmakta, total sistemik arteriyel komplians, güçlü vazodilatör ve antiagregan özellikleri olan Endotel kaynaklı gevşetici faktör salgısı ve insülin hassasiyeti artarak kan basıncının düşmesinde rol oynamaktadır [57].

## **Potasyum Alımı**

Hipertansif bireylerde, diyetle taze meyve ve sebzelerden sağlanan günlük yaklaşık 90 mmol potasyumun kan basıncını düşürdüğü ve bu düşüşün yapılan çalışmalarda SKB 4.4 mmHg, DKB 2.4 mmHg oranında olduğu belirtilmiştir [57]. Bu sebeple hipertansiyonlu bireylerin bol miktarda sebze, meyve (taze ve kuru) tüketilerek potasyum alımı artırılmalıdır. Üriner sistemde potasyum atımında sorun olan bireylerde hiperkalemiye bağlı kardiyak aritmiyi önlemek için potasyum alımının daha düşük düzeyde alınması önerilmektedir [62,77].

## **Stresle Mücadele**

Stres periferik vasküler direnci artıran, sempatik sinir sistemi aktive ederek periferik vazokonstriksiyon oluşturan bir mekanizmaya sahiptir. Vazokonstriksiyonun uzaması ve otonomik cevapların süreklilik kazanması kan basıncında yükselmeye neden olarak organ hasarlarına ve hastalıklara sebebiyet verir [78]. Stres ve psikososyal faktörlerin hipertansiyonun gelişiminde ve seyrinde önemli rol oynadığı yönündeki bakış açıları son 10 yılda çalışmaların kan basıncı kontrolünde davranışsal ve bilişsel müdahalelere yöneltmiştir. Stres kaynaklarının belirlenmesi ve bunlarla baş edilmesi, hastaların farmakolojik ya da farmakolojik olmayan HT yönetim programına uyumunun artmasında primer rol oynar. Bu sebeple hemşireler tarafından hipertansif bireylerin stresle başa çıkma ve yönetme süreçleri değerlendirilmeli, derin solunum ve gevşeme egzersizleri gibi başa çıkma yöntemlerine ilişkin eğitimler planlanarak bireylerin farmakolojik ya da nonfarmakolojik hipertansiyon yönetim programına uyumu artırılmalıdır [75].

### **2.1.9.2.Hipertansiyonda Farmakolojik Tedavi**

Hipertansiyon tedavisinde tıbbi uygulamalarda ilk seçenek farmakolojik tedavidir [28]. Genel popülasyonda tedaviye başlama için eşik kan basıncı değeri sistolik KB  $\geq 140$  mmHg veya diyastolik KB  $\geq 90$  mmHg iken yaşı  $\geq 80$  olanlarda eşik sistolik KB  $\geq 160$  mmHg'dir [72]. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan başlıca antihipertansif ilaçlar;

- Diüretikler
- Beta adrenerjik reseptör blokerleri (Betablokerler)

- Kalsiyum kanal blokerleri
- Anjiyotensin dönüştürücü/coverting enzim inhibitörleri (ACE)
- Anjiyotensin 2 reseptör blokerleridir [79-80].

European Society of Cardiology (ESC) 2018 kılavuzunda öncelikli olarak başlanacak ve idame tedavisinde kullanılmak üzere dört grup ilaç belirtilmiş ve bu gruplardan herhangi birisine kullanım açısından öncelik verilmemiştir. Bu dört grupta yer alan ilaçlar; diüretikler (tiyazidler, klortalidon, indapamid), kalsiyum antagonistleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleridir [28]. JNC 8 ve ESC 2018 kılavuzunda, beta blokerler ilk tercih edilecek farmakolojik ajanlar arasında değildir [28,81-82].

**Diüretikler:** Hipertansiyonda tedaviye başlarken ilk tercih edilecek ilaç olarak sınıflandırılan tek ilaç grubu olmuştur. Özellikle kalp yetersizliği ve izole sistolik hipertansiyonu olan vakaların tedavisinde ilk olarak önerilen ilaç grubudur [31]. Diüretikler, normalde filtre edilmiş sodyumun % 5-8'inin reabsorbe olduğu distal kıvrımlı tubulus başlangıç segmentindeki luminal membranda sodyum ve klorür kotransportunu inhibe ederken potasyum ve bikarbonat atılımını artmasına neden olurlar [83]. Diüretik kullanan hastalarda hiponatremi, hipokalemi, ürik asit ve kalsiyum seviyelerinin düzenli aralıklarla takip edilmesi önerilmektedir [31,45]. Diüretikler son yıllarda tek ilaç tedavisi olarak tercih edilmek yerine kombine ilaç tedavisi ile tercih edilmektedir [84-85].

**Beta Adrenerjik Reseptör Blokerleri:** Bu grupta yer alan ilaçlar, merkezi ve periferik etkililer olmak üzere iki ana grupta etki mekanizması oluştururlar. Kalp hızını ve debisi azaltırken plazma volümünün artmasına neden olurlar. Ayrıca renal renin salınımını inhibe ederler [39]. Hipertansiyon öyküsünü içeren yeni geçirilmiş miyokart infarktüsü ataklarında, kalp yetersizliği tanılılarda, hızlı ventrikül cevaplı atriyel fibrilasyonlu bireyler ve hipertansif periferik arter hastalığı olan bireylerde beta blokerler tercih edilebilmektedir [84,86].

**Kalsiyum Kanal Blokerleri:** Bu grupta yer alan ilaçlar, damar düz kası ve miyokard hücrelerine  $Ca^{2+}$  girişini azalmasını ve böylece serbest  $Ca^{2+}$  seviyesini düşürerek eksitasyon kontraksiyon ikili ilişkisini bozarlar, sonuçta vazodilatasyon meydana gelir.

Kalsiyum kanal blokerlerinin düz kas hücresinde oluşturduğu etki, venöz yatağa oranla arteriyel duvarda çok daha fazladır [78]. Oluşan arteriyel dilatasyon sonucu periferik direncin azalması kalsiyum kanal blokerlerinin başlıca antihipertansif etki mekanizmalarıdır [87].

**Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörleri:** Bu grup ilaçlar, anjiotensin I'in anjiotensin II' ye dönüşünü katalize eden ACE'yi inhibe ederek güçlü bir vazokonstriktör olan Anjiyotensin II'nin oluşumunu engellemek suretiyle bir etki mekanizması oluştururlar. ACE inhibitörleri, kalp ve damar düz kas hücrelerinde proliferasyonu ve "remodeling"i azaltırlar. Anjiyotensin II'nin aldosteron salınımını uyarıcı etkisi önlerken, natriüretik etki meydana gelir, su ve tuz tutulması azalma meydana gelir [57].

**Anjiotensin II Reseptör Antagonistleri:** Angiotensin II hipertansif ve diğer olumsuz etkilerinin birçoğunu Anjiyotensin I reseptörleri aracılığıyla gösterirler. Angiotensin II reseptör antagonistleri Anjiyotensin I reseptörlerini selektif olarak bloke ederler. Renin anjiotensin aldosteron sistem (RAS) aktivitesini düşürücü etkiye sahiptir. Aldosteron hormonu üzerinde de dolaylı etkileri vardır [57].

### **2.1.9.3.Bütünleşik (İntegratif) Sağlık Uygulamaları**

Hipertansiyon yönetiminde ilaç tedavisine ek olarak bütünleşik (integratif) sağlık uygulamaları da önemli bir yere sahiptir. Bu yöntemler çoğu kez ilaç tedavisi gerekliliğini ortadan kaldırmakta ya da kullanılan ilaç dozunu azaltmaya yardımcı olmaktadır [88].

Hipertansiyonu olan bireylerin başvurduğu; Yoga, Tai Chi, akupunktur, akupresür, kriyopraktik, besin destekleri, aromaterapi, bitkisel terapiler, solunum terapileri, dua ve telkin bütünleşik (integratif) sağlık uygulamaları arasındadır [89-69].

## **2.2. KİŞİLİK**

Kişilik; toplum bilimi terimleri sözlüğünde, bireyin toplumsal yaşamı içinde edindiği alışkanlıkların ve davranışların bütünü olarak tanımlanmıştır. Bu anlamda, bireyin doğuştan getirdiği özellikleri ile toplum içerisinde yaşamanın kazandırdığı özelliklerin toplamından oluşmaktadır [90].

Kişilik tanımı ile ilgili literatüre bakıldığında; ağırlıklı olarak bireyleri birbirlerinden farklı kılan özelliklerin neler olduğu, benzer durumlarla karşı karşıya kalan bireylerin neden farklı davrandıkları ve bu durumlarda neden farklı yanıtlar ürettikleri gibi soruların yanıtları bulunmaya çalışılmaktadır [91].

Köknel kişiliği tanımlarken, bir bireyin tüm davranış, tutum ve karakterinde taşıdığı özelliklerinin bütünü olarak ifade etmektedir. Bu özellikler arasında kişinin; dış görünümü, konuşma tarzı ve hatta ses tonu gibi unsurlar da sayılmaktadır [92].

### **2.2.1. Kişilik ve Kişilik Özelliklerini Belirleyen Faktörler**

Kişilik geçmişin, şu an ki zamanın ve geleceğin oluşturduğu bir bütündür. Psikolojide yer alan kuramlara göre kişilik gelişimi önemli derecede ergenlik dönemi sonlarında tamamlanırken, yaşamın ilerleyen süreçlerinde değişim ve gelişimlerin oluşması da olasıdır. Yetişkinlik döneminde tamamıyla olmasa da gelişim ve değişime açık olan kişilik yapısı, genetik unsurlar, aile, eğitim, sosyal çevre gibi etkenler ve bu etkenlerin birbiri ile etkileşimi ile oluşmaktadır. Yaşam süreci boyunca kişinin, diğer bireylerle olan ilişkileri, deneyimleri, oluşacak yorumları ve kararlılığı kişiliğin oluşmasında etkili olan bazı etkenlerdir ve bu etkenler dışında birçok değişken vardır. Kişilik özelliklerinin oluşumunda yer alan bedensel faktörler, kültürel faktörler, aile faktörü, sosyalleşme süreci ve diğer faktörler (kitle yayın organları, kitaplar, dergiler) temel faktörlerdir [90,93].

### **2.2.2. Kişilik Özellikleri ve Hipertansiyon**

Esansiyel hipertansiyona yatkın bireylerin, belirli kişilik özelliklerinin, stres ve öfkenin neden olduğu bildirilmektedir. Ayrıca tedaviye dirençli bu hastalarda major depresyon ve anksiyete gibi bozukluklara sahip olduğunda belirtilmektedir [94].

Ruthledge ve Hogan, çalışmasında psikolojik stres düzeyi yüksek olan bireylerde hipertansiyonun oranının arttığı; hipertansiyon etyolojiasinde en fazla etkiye sahip obezite ve fiziksel aktivite gibi öfke anksiyete ve depreyonunda kıyaslanabilir bir düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir [95].

Alexander'a göre esansiyel hipertansiyon psikodinamiğinin çekirdeğini; hastaların düşmancıl ve agresif duygularına karşın sürdürdükleri mücadeleleri oluşturmaktadır. Bu

kişilerin düşmanlı duygularını sürekli olarak kontrol etme mekanizmaları yüksek, çocukluk dönemlerinde, öfke ve bunun gibi nöbet yaşayan bireylerdir. Bu kişiler otorite ve disiplin oluşturmada zorlanırlar. Ayrıca bu bireyler aşırı sorumlu ve yalan söylemeden uzak oldukları için çevresindeki bireylere karşı nefret ve kızgınlık hissetmekte ve bunları kontrol etmede yetersizdirler [96].

Hipertansif bireylerin, özgül kişilik özelliklerine ilişkin birçok araştırma ve gözlem yabancı literatürde yer almaktadır. Hipertansif bireyler bastırılmış düşmanca duyguları uyarıldığı zaman bu duruma kan basıncının artması ile cevap veren özel bir kişilik yapısına sahiptirler [97-100].

### **2.3. HASTALIK ALGISI**

Hastalık algısı bireyin deneyimleri, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve hastalık süresince karşılaştığı tüm kavramların oluşturduğu durumdur. Bireyin bir olayı veya hastalığı algılama durumu birçok faktöre bağlıdır bu faktörler arasında fizyolojik ve psikolojik iyilik hali, kültürel özellikler ve yaşam kalitesi yer almaktadır. Bireysel hastalık yönetiminin başarılı olmasında bu faktörlere ek hastalık algısının da saptanması önemlidir. [101].

Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir; kimlik, neden, süre, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik alanlarıdır. Bu modeldeki üç faktör (kimlik, neden ve süre) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır, geri kalan iki faktör ise (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için kullanılır [101].

#### **2.3.1. Hastalık Algısı ve Hipertansiyon**

Hastalık algısı hipertansif bireylerin hastalığa yönelik bakım ve tedavisini etkileyen önemli bir faktördür. Hastalık sürecinde yaşanan deneyimler her birey için farklıdır, bu farklılıklarda hastalık algısını olumlu veya olumsuz olarak etkileyecektir [102-105]. Hastalık, bireylerin rahatsızlığını algılaması ve hastalığı ile ilgili sahip oldukları deneyimleriyle şekillenir. Her bireyin hastalık algısı ve mevcut semptomların bireyler için taşıdığı anlamlar farklılık gösterir. Bireylerin çoğu, hayatları boyunca bir veya daha fazla hastalık geçirmelerine rağmen her birey hastalığı diğerlerinden farklı yaşar.



Bireyler kişisel deneyimleri, değerleri ve inançları, bilgileri ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar [101].

Bireylerin hastalıklarını nasıl algıladıkları, bireylerin hastalıkları ile mücadelesi ve uyumunda önemli etkilere sahiptir. Olumsuz bir algılama mutsuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir [106-107]. Kronik hastalığı olan bireylerde, hastalık algısı kavramı; bireyleri ve tepkilerini anlamada var olan hastalığa karşı ruhsal girişimleri belirlemede önemli rol oynamaktadır [104]. Bireyin hastalık algısı, yorumu ve değerlendirmesi; göstermiş olduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini, baş etme biçimini, psikososyal zorlanmasını, yaşam kalitesini, psikiyatrik bozuklukların gelişimini hatta fiziksel sağlığın gelişimini belirleyici unsurlardandır [107-109]. Bireylerin hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olması, hastalıkla ilişkili tepkilerinin felaketçi bir seviyede olmasını engelleyerek olumlu bir yaklaşım tarzı geliştirmesini sağlarken; bilgi düzeyinin yetersiz seviyede olması anksiyete düzeyinde bir artışa, tedaviye uyumun azalmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır [108]. Bireylerin hastalıklarını algılayış biçimlerinin sağlık üzerinde önemli etkilerinin olduğu [110] ve hastalık algısının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. [111-113].

## **2.4. TEDAVİYE UYUM**

Uyum, bireylerin davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuma derecesi olarak tanımlanmaktadır [114]. Uygulanan tedavi planını benimseyen hipertansiyonlu hastaların, kan basıncını kontrol altına almada başarılı olduğu belirtilmektedir [115]. Bazı durumlarda bireyler tedaviye uyum gösteremeyebilirler, bireylerin tedaviye uyum gösterememe nedenleri arasında sağlık personelinin düzenli takip yapmaması, planlı bireysel eğitim verilmemesi, farmakolojik tedavinin etkisine inanılmaması, ilacın yan etkilerinden çekinmesi ve uygun ilaç eğitiminin verilmemesi gibi birçok faktör literatürde belirtilmektedir [115-124].

### **2.4.1. Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerde Tedaviye Uyum**

Hipertansiyonun başarılı ve etkili bir şekilde yönetimi hekim ve hastanın birlikte kabul ettiği tedaviye, hasta uyumunu gerektirir [125]. Kullanılan ilacın alımındaki maddi

engellerin yokluğu, düzenli doktor kontrolleri, sağlık sigortasına sahip olma, antihipertansif ilaç tedavisine uyum sağlama gibi faktörler kan basıncı kontrolünü sağlama ve yaşam kalitesini arttırmada pozitif etkilidir [116,126].

Hastalar yaşam biçimi veya ilaç önerilerine uyumda başarısız ve isteksizse kan basıncı kontrolü güçleşir tedaviye uyumsuzluğun sonucunda hipertansiyonun sebep olduğu bir çok komplikasyon gelişerek bireylerin sağlıklarını olumsuz yönde etkiler [116,127].

Tedaviye uyumun başarılı olmasında sadece hasta eğitimi değil hasta ve ailesinin eğitimi önem arz etmektedir, tedaviye yönelik alınan kararlarda hastanın katılımında önemlidir. [128,45]. Ayrıca hastaların kan basınçlarını düzenli kontrole yönelik cesaretlendirilmesinde, hastanın her kontrole geldiğinde tedavisinin değerlendirilmesi, tedavinin ilk dönemlerinde hastayla daha sık görüşülmesi tedaviye uyum sağlamada bireyin cesaretlendirilmesinde sağlık bakım profesyonellerine primer görevler düşmektedir [129].

## **2.5. HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ**

Hipertansiyonda tedavi ve kontrolün daha iyi bir duruma gelebilmesi için toplumun farkındalığını arttıracak girişimlere gereksinim olduğu ve bunun için; hipertansiyon bakımında sağlık bakım ekibi üyelerinin ortak sorumluluk anlayışıyla hareket etmesi, bireylerin kendi bakımlarına aktif katılımlarını sağlayarak hedef kan basıncı değerine ulaşmalarında rehber olmaları gerekmektedir [116,130]. Dünya da özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hipertansif birey sayısı arttıkça; antihipertansif tedaviye uyumu arttırmada ve kan basıncını kontrol altına almada hemşirelere düşen rollerde artmaktadır [116,131]. Sağlık bakım ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler; bakım verdikleri bireylerin mevcut gereksinimlerini ve önceliklerini belirlerken bireyselleştirilmiş yaklaşımla bakım vermekle görevlidirler [132]. Hemşireler; hipertansiyonun tanımlanması, önlenmesi ve yönetiminde kanıta dayalı stratejilerle yüksek kan basıncı kontrolünün sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bir çok çalışma kan basıncı kontrolünde hemşirelik bakım girişimlerinin etkili olduğunu, hemşirelerin rollerinin bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, tedaviye uyumlarını ve öz etkililiklerini önemli ölçüde geliştirdiğini ve beden kitle indekslerini (BKİ) azalttığını göstermektedir [133]. Hipertansiyon kontrolünde; tanılama, sevk ve

izlem; teşhis ve tedavi yönetimi; hasta eğitimi, danışmanlık ve beceri geliştirme; bakımın koordinasyonu; klinik ve toplum sağlığı yönetimi ve performans değerlendirme ve kalite geliştirmeyi de içeren tüm hemşirelik bakım uygulamalarındandır. Hemşireler aynı zamanda hipertansiyon yönetiminde amaca ulaşmak için bireylerle karşılıklı olarak gerçekçi, sonuç odaklı hedefler ve stratejiler geliştirmek için çalışmaktadırlar [131]. Hipertansiyonun tanı ve teşhis aşamasında; hipertansiyonu erken dönemde tespit etmek için uygun olan her fırsatta yetişkinlerin kan basıncını kalibre edilmiş ekipman ve doğru teknik ile değerlendirmeli yaptığı ölçümleri belirli aralıklarla tekrarlamalı ve kayıt altına almalıdır. Hipertansiyon belirti bulguları açısından hastaları gözlemlemeli ve hastanın fizik muayenesinde nabız sayısı, ritmi ve özelliğini değerlendirmelidir. Ayrıca hemşireler bireyleri kan basıncını kendi evlerinde izleme, hedef kan basıncı değeri ve hedef kan basıncının devam ettirilmesinin önemi konularında bireyleri eğitmelidirler [134-135].

Tedavi aşamasında ise tedavinin etkinliğini saptayarak, tedavi düzeninde değişikliklerin gerekli olup olmadığını belirlemeli ve kan basıncındaki değişimleri izlemelidir. Organ hasarını belirlemek amacıyla tam bir anamnez almakla birlikte, anjinal ağrı, dispne, görme bozuklukları, baş ağrısı ve dönmesi, burun kanaması gibi önemli belirti bulguları yönünden hastaları değerlendirmelidir [30]. Hipertansiyon yönetiminde hemşirelik girişimlerinin önemi ve etkinliği, yapılan birçok çalışmada kanıtlanmıştır ve çalışmalar, hipertansiyon yönetiminde sağlık bakım ekibi içerisinde bulunan hemşirelerin aktif ve yönlendirici olarak yer alması gerektiğine kanıt niteliğindedirler [77,136].

## BÖLÜM 3

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Nevşehir Devlet Hastanesi Kardiyoloji ve Dahiliye polikliniklerinde yapılmıştır.

Nevşehir devlet hastanesi dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinin her birinde bir doktor, bir tıbbi sekreter bulunmaktadır. Kardiyoloji polikliniğinde toplam 3 uzman hekim görev yapmakta ve her bir hekim günlük 75 hasta bakmaktadır. Polikliniklerde 09.00-16.00 saatleri arasında çalışılmakta, dahiliye ve kardiyoloji polikliniğine gelen hastalar herhangi bir hemşirelik hizmeti almamaktadır.

Dahiliye polikliniğine günlük yaklaşık 180-185 arasında hasta başvurmakta olup, bunun yaklaşık %70'ni diyabet ve hipertansiyon hastaları oluşturmaktadır. Kardiyoloji polikliniğine çoğunlukla hipertansiyon tanısı almış bireyler başvurmaktadır. Bu hastalar genellikle polikliniğe yeni tanı ya da tedavide yaşanan sorunlar nedeniyle gelmektedir. Nevşehir Devlet Hastanesinde iki eğitim hemşiresi bulunmakta, ancak hastalar için hastalık algısı ve tedaviye uyumu sağlanmada özel bir eğitim programı uygulanmamaktadır.

#### 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

##### 3.3.1.Araştırmanın Evreni

Nevşehir devlet hastanesi dahiliye ve kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon tanısı almış tüm bireyler oluşturmaktadır.

##### 3.3.2.Araştırmanın Örneklemi

Bir yıl içindeki toplam vaka sayısının tam olarak bilinmemesi nedeniyle örneklem sayısı, örnek hacmi çalışmamızda kullanılan Eysenck kişilik anketi psikotizm alt boyut ortalama ve standart sapma ( $2.39 \pm 1.54$ ) bulgusunun % 10 hata ile,  $\alpha=0.05$ ,  $\beta=0.20$

koşulunda; minimum örneklem sayısı 354 olarak hesaplanmıştır. Bu verilerden yola çıkılarak çalışmada 31 Aralık 2018- 01 Mart 2019 tarihleri arasında 400 hipertansiyon tanısı olan bireye ulaşılmış çalışma 400 hasta ile bitirilmiştir.

### **3.4.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya;

- En az 1 yıldır HT tanısı olan,
- Bilişsel sağlık düzeyi araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun olan,
- İletişim sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler alınmıştır.

### **3.5.Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri; Anket formu (EK-1), Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu (EK- 2), Hastalık Algısı Ölçeği (EK-3), Hill Bone HT Tedavisine Uyum Ölçeği (EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.5.1.Verilerin Toplama Araçlarının Hazırlanması**

##### **3.5.1.1.Anket Formu (EK-1)**

Konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanan form; demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren toplam 19 sorudan oluşmaktadır [12,35-36,51]

##### **3.5.1.2.Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK) (EK-2)**

Eysenck ve Eysenck'in (1975) ileri sürdükleri kişilik özelliklerini, içe dönüklük-dışa dönüklük, nörotizm ve psikotizm boyutlarını ölçmek için farklı uzunluklarda birçok ölçek geliştirilmiştir [16]. Eysenck ve Barret (1985) kişilik özelliklerini belirlemek için 100 maddeden oluşan bir ölçek geliştirmişler ve bu ölçek değişik araştırmacılar tarafından kısaltılmıştır [137]. Francis ve arkadaşları (1992) yetişkinlerde uygulanmak üzere 24 maddelik Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış formu (EKA-GGK) oluşturmuşlardır. Bu ölçek ile kişiliğin nörotizm, psikotizm, dışadönüklük

ve yalan boyutlarının her biri altı madde ile ölçülmekte olup ayrıca yalan söyleme alt ölçeği ile anketin uygulanması esnasındaki yanlılığı engellemek ve geçerliliği ile ilgili kontrol amaçlanmaktadır [17].

Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış formu her bir alt boyutun 6 madde ile değerlendirildiği bu ankette katılımcıların 24 soruyu ‘evet’ ve ‘hayır’ olmak üzere iki şekilde yanıtlamaları istenen bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karancı ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır [18]. Bu araştırmada ölçek Cronbach’s Alpha değeri 0.70 olarak belirlenmiştir.

### **3.5.1.3. Hastalık Algısı Ölçeği (EK-3)**

Hastalık Algısı Ölçeği 1996 yılında Weinman tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss Morris ve arkadaşları tarafından gözden geçirilmiştir [138-139]. Hastalık algısı ölçeğinde; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri alt boyutu olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Hastalık tipi boyutu; 14 hastalık belirtisini içerir, belirtilerin her biri için bireye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana belirtileri yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu; bu boyut yedi alt ölçeği içermekte ve Otuz sekiz maddeden oluşmaktadır, beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu alt ölçekler; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak adlandırılmıştır. Hastalık nedenleri boyutu; hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu boyut, bireyin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir [20].

Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır [20]. Bu araştırma da ölçek Cronbach’s Alpha değeri 0.83 olarak belirlenmiştir.

### **3.5.1.4. Hill Bone HT Tedavisine Uyum Ölçeği (EK-4)**

2000 yılında Kim, Hill ve Levine tarafından geliştirilmiş ve test edilmiştir [24]. Türkçe geçerlilik güvenilirliğini Karademir ve arkadaşları 2009 yılında yapılmıştır ve ölçeğin

bütünü için Cronbach alfa değeri 0.83 olarak belirtilmiştir. Ölçek 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşmakta ve ölçeğin total puanı dışında görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları vardır. Ölçek total puanı 0 ile 42 arasında değişmektedir. Birey eğer tüm sorulara en olumlu yanıtları vererek toplamda "0" puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırdan farklı puanlar ise uyumsuzluk düzeyini göstermektedir. Sorular olumsuz soru şeklinde sorulduğu için puan yükseldikçe uyum azalmaktadır [24,140]. Bu araştırmada ölçek Cronbach's Alpha değeri 0.86 olarak belirlenmiştir.

### **3.5.2. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması, Nevşehir devlet hastanesi dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran araştırmaya alınma kriterlerine uyan 10 hipertansiyon tanısı almış bireye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası anket sorularında herhangi bir değişiklik, ekleme ya da çıkarma yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

### **3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırma verileri 31 Aralık 2018- 01 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Nevşehir devlet hastanesi dahiliye ve kardiyoloji polikliniğe başvuran hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü-yazılı onamları alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Anket Formu (EK-1), Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu (EK- 2), Hastalık Algısı Ölçeği (EK-3) ve Hill Bone HT Tedavisine Uyum Ölçeği (EK-4) araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Kullanılan formların cevaplanma süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Görüşmeler, görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda yapılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce; Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurul onayı (Karar no: 2018.11.137) (EK-5) ve Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-6) çalışmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınarak çalışmaya başlanılmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılma onamları alınmıştır.

Ölçek kullanımları için yazarlardan gerekli izinler alındıktan sonra formlar uygulanmıştır (EK-7, EK-8, EK-9).

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

*Araştırmanın bağımsız değişkenleri;* Bireye ilişkin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenler ile ilgili verilerdir.

*Araştırmanın bağımlı değişkenleri;* Ölçeklerden alınan puan/puan ortalamalarıdır.

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, varyans homojenliği Levene testi ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, gruplar arası toplam ölçek ve alt boyut puan/ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testi, tek yönlü varyans analizleri, kruskal wallis varyans analizi ve mann-whitney u testleri ve doğrusal regresyon testleri kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun veriler ortalama ve standart sapma olarak, normal dağılıma uygun olmayan veriler ise grup puanlamaları % 75 percentile değerleri üzerinden değerlendirilmiş, grupların % 75 percentile değeri eşit olduğunda ise puanlar % 25 percentile değeri üzerinden değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmada istatistiksel olarak farkın önemliliği  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.



## BÖLÜM 4

### 4. BULGULAR

Hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyum üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=400)

Tanıtıcı özellikler	<i>n</i>	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	274	68.5
Erkek	126	31.5
<b>Yaş grupları</b>		
40-49	25	6.3
50-59	86	21.5
60-69	153	38.2
70 ve üzeri	136	34.0
<b>Yaş Ortalaması (<math>\bar{X} \pm SS</math>): 64.9 ± 9.91</b>		
<b>Medeni hâli</b>		
Evlü	288	72.0
Bekar	112	28.0
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	114	28.5
Okuryazar	87	21.8
İlköğretim mezunu	184	46.0
Lise mezunu	10	2.5
Yükseköğretim/üniversite mezunu	5	1.2
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	18	4.5
Hayır	382	95.5
<b>Çalıştığı iş/meslek</b>		
İşçi	11	2.8
Memur	4	1.0
Serbest meslek	9	2.2
Emekli	112	28.0
Ev hanımı	264	66.0

**Tablo 4.1.**Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı) (N=400)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	13	3.2
Gelir gidere denk	379	94.8
Gelir giderden fazla	8	2.0
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl	137	34.2
İlçe	100	25.0
Köy	163	40.8
<b>Kiminle yaşadığı</b>		
Yalnız	60	15.0
Eşiyle	138	34.5
Eşi ve çocukları	135	33.8
Çocuğunun yanında	62	15.5
Akrabaları ile	5	1.2
<b>Sigara kullanım durumu</b>		
Kullanıyor	15	3.8
Kullanmıyor	385	96.2

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; bireylerin % 68.5’i kadın, % 38.2’si 60-69 yaş aralığında ve yaş ortalamaları  $64.9 \pm 9.91$  olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin % 72.0’ının evli olduğu, % 46.0’ının ilköğretim mezunu olduğu, % 95.5’inin çalışmadığı, % 66.0’ının ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bireylerin % 94.8’inin gelirinin giderine denk olduğu, % 40.8’inin köyde yaşadığı, % 34.5’inin eşiyle yaşadığı ve % 3.8’inin sigara kullandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.2.** Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=400)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
<b>Tanı süresi</b>		
1-5 yıl	96	24.0
6-10 yıl	130	32.5
10 yıl üzeri	174	43.5
<b>Ek kronik hastalık</b>		
Olan	244	61.0
Olmayan	156	39.0
<b>Kontrolle gitme sıklığı</b>		
Ayda bir	48	12.0
Üç ayda bir	129	32.3
Altı ayda bir	152	38.0
Yılda bir	53	13.2
Hiç gitmem	18	4.5
<b>Kan basıncını ölçme sıklığı</b>		
Her gün	25	6.3
Hafta da bir kez	67	16.8
Ayda bir kez	12	3.0
Ölçmüyorum	281	70.1
Diğer*	15	3.8
<b>Antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu</b>		
Hergün düzenli ilaç alan	358	89.5
Haftada birkaç kez ilaç almayan	30	7.5
Bazen ilaç alan	12	3.0
<b>Diyyete uyma durumu</b>		
Uyan	138	34.5
Uymayan	108	27.0
Kısmen uyan	154	38.5
<b>Psikiyatrik ilaç kullanma Durumu</b>		
Kullanan	35	8.8
Kullanmayan	365	91.2

\*Aile sağlığı merkezine başvurduğunda, kendini kötü hissettiğinde ölçüyor.

Tablo 4.2’de araştırmaya alınan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin % 43.5’inin hipertansiyon süresi 10 yıl üzeri ve tanı süresi ortalaması 11.4±6.93’tür. Bireylerin % 61.0’ının hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığa sahip olduğu, % 4.5’inin hiç kontrole gitmediği, % 70.1’inin tansiyonunu hiç ölçmediği, % 89.5’inin ilaçlarını her gün düzenli olarak

kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin % 38.5'inin diyetine kısmen uyduğu, bireylerin tamamında psikolojik bir hastalık olmadığı ve % 91.2'sinin psikiyatrik bir ilaç kullanmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Bireylerin Eysenck Kişilik Anketi, Hastalık Algısı Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedaviye Uyum Ölçeği Alt Boyut Puan ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=400)

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	$M(Q_1-Q_3)$
<b>Eysenck Kişilik Anketi</b>		
Dışadönüklük	3.12±1.24	3.0 (2.0-4.0)
Nörotizm	3.29±1.67	4.0 (2.0-5.0)
Psikotizm	2.35±1.20	2.0 (2.0-3.0)
<b>Hastalık Algısı Ölçeği</b>		
Hastalık Belirtisi (Tipi) Alt Boyutu	4.08±2.62	3.0 (2.0-5.0)
Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu		
Kişisel Kontrol	22.73±4.03	23.0 (19.2-25.0)
Süre (Akut/Kronik)	21.97±3.79	22.0 (19.0-25.0)
Duygusal Temsiller	22.17±5.17	24.0 (18.0-26.0)
Hastalığı Anlayabilme	17.66±3.81	17.0 (15.0-20.0)
Sonuçlar	21.91±5.07	22.0 (18.0-25.0)
Tedavi Kontrolü	19.00±3.37	19.0 (17.0-21.0)
Süre (Döngüsel)	14.45±2.27	14.0 (13.0-16.0)
Hastalık Nedenleri Alt Boyutu		
Psikolojik Atıflar	24.72±4.41	24.5 (22.0-29.0)
Risk Faktörleri	23.30±3.74	23.0 (21.0-27.0)
Bağışıklık	11.35±2.89	11.0 (9.0-14.0)
Kaza ve şans	6.63±2.37	6.0 (5.0-8.0)
<b>Hill Bone Hipertansiyon Tedaviye Uyum Ölçeği</b>		
Beslenme skor	2.24±1.82	2.0 (0.0-3.0)
Medikal skor	2.33±2.94	2.0 (0.0-3.0)
Görüşme skor	3.02±1.35	3.0 (2.0-4.0)
Toplam skor	7.60±4.95	7.0 (4.0-10.0)

*M*: Medyan, *Q*<sub>1</sub>: 25. Persentil, *Q*<sub>3</sub>: 75. Persentile

Tablo 4.3'te bireylerin Eysenck kişilik anketi, Hastalık algısı ölçeği, Hill Bone hipertansiyon tedaviye uyum ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ve toplam puan ortalamaları verilmiştir. Tabloya göre; Eysenck kişilik ölçeği alt boyut puan

ortalamları dışadönüklük  $3.14 \pm 1.34$ , nörotizm  $3.15 \pm 1.66$  ve psikotizm  $2.35 \pm 1.20$  olarak hesaplanmıştır. Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarında hastalık belirtisi (tipi)'nin puan ortalaması  $4.08 \pm 2.62$  saptanırken, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda kişisel kontrol  $22.73 \pm 4.03$ , süre (akut/kronik)  $21.97 \pm 3.79$ , duygusal temsiller  $22.17 \pm 5.17$ , hastalığı anlayabilme  $17.66 \pm 3.81$ , sonuçlar  $21.91 \pm 5.07$ , tedavi kontrolü  $19.00 \pm 3.37$ , süre (döngüsel)  $14.45 \pm 2.27$  olarak belirlenmiş; hastalık nedenleri alt boyutlunda puan ortalamaları psikolojik atıflar  $24.72 \pm 4.41$ , risk faktörleri  $23.30 \pm 3.74$ , bağışıklık  $11.35 \pm 2.89$ , kaza ve şans  $6.63 \pm 2.37$  hesaplanmıştır. Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğinde; beslenme skor  $2.24 \pm 1.82$ , medikal skor  $2.33 \pm 2.94$ , görüşme skor  $3.02 \pm 1.35$  ve toplam skor  $7.60 \pm 4.95$  olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.4.**Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı (N=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyutları		
	Dışadönüklük $M(Q_1-Q_3)$	Nörötizm $M(Q_1-Q_3)$	Psikotizm $M(Q_1-Q_3)$
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Erkek	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-4.0)	2.0 (2.0-3.0)
<b><math>p^*</math></b>	0.391	0.754	0.200
<b>Yaş Grubu</b>			
40-49 <sup>1</sup>	4.0 (3.0-4.0)	3.0 (3.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
50-59 <sup>2</sup>	4.0 (3.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
60-69 <sup>3</sup>	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	3.0 (1.0-3.0)
70 ve üzeri <sup>4</sup>	2.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
<b><math>p^{**}</math></b>	<b>&lt;0.001</b> <b>[2-4]</b>	0.859	0.426
<b>Medeni hâli</b>			
Evli	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Bekar	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
<b><math>p^*</math></b>	0.139	0.222	<b>0.031</b>
<b>Eğitim durumu</b>			
Okur yazar değil <sup>1</sup>	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	2.0 (1.0-3.0)
Okur yazar <sup>2</sup>	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
İlkokul mezunu <sup>3</sup>	4.0 (2.0-4.0)	3.5 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Lise mezunu <sup>4</sup>	4.0 (3.0-4.5)	4.0 (2.7-5.0)	2.5 (1.5-3.0)
Yüksekokul mezunu <sup>5</sup>	4.0 (2.5-4.0)	5.0 (4.5-5.0)	3.0 (2.5-3.5)
<b><math>p^{**}</math></b>	<b>0.001</b> <b>[1,2-3]</b>	0.109	0.384
<b>Çalışma durumu</b>			
Evet	4.0 (2.0-4.0)	4.0 (3.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
Hayır	3.0 (2.0-4.0)	3.5 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
<b><math>p^*</math></b>	0.214	<b>0.040</b>	0.568
<b>Çalıştığı iş/meslek</b>			
İşçi	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (3.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Memur	5.0 (4.0-6.0)	4.0 (3.0-5.0)	3.0 (3.0-3.0)
Serbest meslek	4.0 (2.5-4.5)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Emekli	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-4.0)	2.0 (2.0-3.0)
Ev hanımı	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
<b><math>p^{**}</math></b>	0.104	0.511	0.516

\* Mann-Whitney *U* testi kullanılmıştır., \*\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.,

**M:** Medyan, **Q<sub>1</sub>:** 25. Persentil, **Q<sub>3</sub>:** 75. Persentile

**Tablo 4.4.** Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı (Devamı) (N=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyutları		
	Dışadönüklük	Nörötizm	Psikotizm
	$M(Q_1-Q_3)$	$M(Q_1-Q_3)$	$M(Q_1-Q_3)$
<b>Gelir durumu</b>			
Gelir giderden az	3.0 (2.0-4.0)	5.0 (3.5-5.0)	2.0 (2.0-3.5)
Gelir gidere denk	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Gelir giderden fazla	4.0 (3.0-4.7)	3.0 (2.2-4.7)	2.0 (1.2-3.0)
$p^{**}$	0.293	0.107	0.695
<b>Yaşadığı yer</b>			
İl	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
İlçe	4.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Köy	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
$p^{**}$	0.301	0.853	0.682
<b>Kiminle yaşadığı</b>			
Yalnız <sup>1</sup>	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Eşiyle <sup>2</sup>	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.7-3.0)
Eşi ve çocukları <sup>3</sup>	4.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
Çocuğunun yanında <sup>4</sup>	2.5 (2.0-4.0)	4.0 (1.7-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Akrabaları ile <sup>5</sup>	2.0 (2.0-3.0)	4.0 (3.0-4.5)	1.0 (1.0-2.5)
$p^{**}$	0.170	0.951	<b>0.007</b>
<b>Sigara kullanım durumu</b>			
Kullanıyor	4.0 (3.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Kullanmıyor	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
$p^*$	0.108	0.089	0.835

\* Mann-Whitney *U* testi kullanılmıştır. \*\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

*M*: Medyan, *Q*<sub>1</sub>: 25. Persentil, *Q*<sub>3</sub>: 75. Persentil

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Eysenck kişilik anketi alt boyut puan ortancalarının dağılımı Tablo 4.4'te yer almaktadır. Araştırmaya katılan 70 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin dışadönüklük puanının diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde 50-59 yaş ve 70 ve üzeri yaş gruplarının anlamlılığı oluşturan grup olduğu belirlenmiştir. Bireylerin medeni durum ile Eysenck kişilik anketi puanları incelendiğinde; evli olanların psikotizm puanlarının bekar olanlardan yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Lise mezunu bireylerin dışadönüklük puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde eğitim düzeyindeki anlamlı farklılığın okur yazar ve

ilkokul mezunu grup arasında ve okur yazar olmayan ve ilkokul mezunu gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bireylerin çalışma durumu ile Eysenck kişilik anketi puanları incelendiğinde; çalışmayan bireylerin Eysenck kişilik anketi nörotizm puanının çalışan bireylere göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eşi ve çocuklarıyla yaşayan grubun Eysenck kişilik anketi psikotizm puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışma kapsamına alınan bireylerin cinsiyet, çalıştığı iş/meslek, gelir durumu, yaşadığı yer ve sigara kullanım durumu ile Eysenck kişilik anketi tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4).



**Tablo 4.5.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı (N=400)

	Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyutları		
	Dışadönüklük	Nörötizm	Psikotizm
	M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )
<b>Tanı süresi</b>			
1-5 yıl	4.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
6-10yıl	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
10yıl üzeri	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.7-3.0)
<b>p**</b>	0.179	0.509	0.876
<b>Ek kronik hastalık</b>			
Olan	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Olmayan	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
<b>p*</b>	0.258	0.882	<b>0.012</b>
<b>Kontrolle gitme sıklığı</b>			
Ayda bir kez	2.0 (2.0-4.0)	3.5 (2.0-5.0)	2.0 (1.2-3.0)
Üç ayda bir kez	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Altı ayda bir kez	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Yılda bir kez	4.0 (3.0-4.0)	4.0 (1.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
Hiç gitmem	3.0 (2.0-4.0)	3.5 (2.7-5.0)	3.0 (2.0-3.2)
<b>p**</b>	0.053	0.983	0.229
<b>Kan basıncını ölçtürme sıklığı</b>			
Hiç ölçmüyorum	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Her gün	4.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-4.5)	2.0 (1.5-3.0)
Haftada bir kez	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
Ayda bir kez	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (3.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Diğer	2.0 (2.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)
<b>p**</b>	0.410	0.145	0.313
<b>Antihipertansif ilaç düzenli kullanma durumu</b>			
Her gün düzenli ilaç alan	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Haftada birkaç kez ilaç almayan	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	2.5 (2.0-3.0)
Bazen ilaç alan	2.5 (2.0-3.7)	2.0 (0.2-4.0)	2.0 (0.0-3.0)
<b>p**</b>	0.352	0.050	0.186
<b>Diyetle uyuma durumu</b>			
Uyan <sup>1</sup>	4.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
Uymayan <sup>2</sup>	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-4.0)	2.0 (1.0-4.0)
Kısmen uyan <sup>3</sup>	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
<b>p**</b>	<b>0.017</b> [1-3]	0.153	0.781
<b>Psikiyatrik ilaç kullanma durumu</b>			
Kullanan	3.0 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.0)
Kullanmayan	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (2.0-3.0)
<b>p*</b>	0.344	0.941	0.411

\* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. \*\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

M: Medyan, Q<sub>1</sub>: 25. Persentil, Q<sub>3</sub>: 75. Persentil

Tablo 4.5'te bireylerin hastalık özelliklerine göre Eysenck kişilik anketi alt boyut puan ortancalarının dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan bireylerden ek bir kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin psikotizm alt boyut puanlarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bireylerin diyetle uyum durumu ile Eysenck kişilik anketi puanları incelendiğinde; diyetle uyan bireylerin dışadönüklük alt boyut puanının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde diyetle uyum durumunda anlamlı farklılığın diyetle uyan ve kısmen uyan gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanı süresi, kontrole gitme sıklığı, kan basıncı ölçtürme sıklığı, antihipertansif ilacı düzenli kullanım durumu, psikiyatrik ilaç kullanım durumu ile Eysenck kişilik anketi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). (Tablo 4.5)

**Tablo 4.6.** Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı (N=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları											
	Hastalık Belirtisi (Tipi) Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu							Hastalık Nedenleri Alt Boyutu			
		Kişisel Kontrol	Süre (Akut/Kronik)	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngüsel)	Psikolojik Atflar	Risk Faktörleri	Bağışıklık	Kaza ve şans
M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	3.0 (2.0-5.0)	22.78±4.03	21.86±3.88	22.42±4.99	17.78±3.86	21.68±5.02	19.20±3.46	14.50±2.11	25.06±4.16	23.22±3.59	11.44±2.78	6.70±2.31
Erkek	4.0 (2.0-6.0)	22.61±4.04	22.21±3.57	21.61±5.53	17.38±3.71	22.39±5.17	18.55±3.14	14.34±2.61	23.96±4.84	23.46±4.07	11.13±3.11	6.47±2.51
<b>Test p</b>	$z = -1.051$ 0.293	$t = 0.127$ 0.684	$t = 0.402$ 0.393	$t = 3.601$ 0.147	$t = 0.551$ 0.331	$t = 0.013$ 0.194	$t = 1.767$ 0.074	$t = 7.463$ 0.551	$t = 0.479$ <b>0.020</b>	$t = 2.499$ 0.549	$t = 0.718$ 0.314	$t = 1.541$ 0.373
<b>Yaş grupları</b>												
40-49 <sup>1</sup>	1.0 (1.0-3.0)	25.60±3.98	23.76±3.05	21.68±6.21	20.56±3.62	16.76±6.94	20.60±3.09	14.56±2.70	24.88±5.41	21.72±4.96	10.60±3.20	6.60±2.58
50-59 <sup>2</sup>	3.0 (2.0-4.0)	22.73±4.56	21.86±3.97	21.61±5.99	17.74±4.00	20.17±5.22	19.06±3.33	15.15±2.10	24.89±4.38	23.03±3.85	10.89±3.12	6.12±2.51
60-69 <sup>3</sup>	4.0 (2.5-5.0)	23.01±3.64	21.63±3.75	22.45±4.82	18.12±3.66	22.95±4.40	18.96±3.22	14.41±2.16	24.81±4.11	23.43±3.53	11.60±2.61	6.77±2.35
70 ve üzeri <sup>4</sup>	4.0 (3.0-7.0)	21.88±3.85	22.10±3.77	22.30±4.81	16.55±3.52	22.77±4.44	18.69±3.56	14.02±2.33	24.48±4.58	23.61±3.61	11.49±2.95	6.79±2.54
<b>Test p</b>	$X^2 = 59.003$ $p < 0.001$ [1-3,4] [2-3,4] [3-4]	$F = 6.766$ $p < 0.001$ [1-2,4]	$F = 2.362$ 0.071	$F = 0.580$ 0.628	$F = 10.101$ $p < 0.001$ [1-2,4] [3-4]	$F = 17.300$ $p < 0.001$ [1-3,4] [2-3,4]	$F = 2.272$ 0.080	$F = 4.452$ <b>0.004</b> [2-4]	$F = 0.205$ 0.893	$F = 2.019$ 0.111	$F = 1.774$ 0.152	$F = 1.702$ 0.166
<b>Medeni hâli</b>												
Evli	3.0 (2.0-5.0)	23.01±3.88	21.70±3.73	22.02±5.03	17.77±3.72	21.63±5.27	19.02±3.26	14.53±2.36	24.90±4.38	23.28±3.83	11.36±2.91	6.70±2.45
Bekar	4.0 (2.0-5.0)	22.00±4.33	22.66±3.85	22.55±5.52	17.37±4.02	22.61±4.46	18.93±3.67	14.23±2.04	24.24±4.47	23.34±3.54	11.30±2.84	6.45±2.15
<b>Test p</b>	$z = -0.279$ 0.780	$t = 2.816$ <b>0.023</b>	$t = 1.193$ <b>0.024</b>	$t = 0.873$ 0.359	$t = 0.634$ 0.348	$t = 2.307$ 0.083	$t = 7.877$ 0.827	$t = 1.988$ 0.234	$t = 0.001$ 0.174	$t = 2.275$ 0.879	$t = 0.000$ 0.842	$t = 6.946$ 0.325
<b>Çalışma durumu</b>												
Evet	3.0 (2.0-4.0)	21.66±4.97	22.11±2.74	22.05±7.43	15.77±4.59	20.38±6.58	17.83±3.29	14.05±2.38	23.77±4.95	22.33±4.24	10.11±3.12	6.16±2.14
Hayır	4.0 (2.0-5.0)	22.78±3.98	21.96±3.83	22.17±5.06	17.75±3.75	21.98±4.99	19.05±3.37	14.46±2.27	24.76±4.38	23.34±3.72	11.40±2.87	6.65±2.38
<b>Test p</b>	$z = -1.007$ 0.314	$t = 3.252$ 0.252	$t = 1.783$ 0.876	$t = 5.639$ 0.946	$t = 0.233$ <b>0.032</b>	$t = 1.476$ 0.194	$t = 0.077$ 0.134	$t = 1.319$ 0.453	$t = 0.027$ 0.353	$t = 0.686$ 0.262	$t = 0.094$ 0.063	$t = 2.742$ 0.396

$z$ = Mann-Whitney  $U$  testi kullanılmıştır,  $X^2$ = Kruskal Wallis testi kullanılmıştır,  $F$ =Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır,  $t$ = Bağımsız iki örneklem  $t$  testi kullanılmıştır.  $M$ : Medyan,  $Q_1$ : 25. Persentil,  $Q_3$ : 75. Persentile.

**Tablo 4.6.** Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları											
	Hastalık Belirtisi (Tipi) Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu							Hastalık Nedenleri Alt Boyutu			
		Kişisel Kontrol	Süre (Akut/Kronik)	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngüsel)	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağımsızlık	Kaza ve şans
		M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Eğitim Durumu</b>												
Okur yazar değil <sup>1</sup>	4.0 (3.0-6.0)	22.38±4.17	21.92±4.27	23.34±4.31	17.50±4.01	22.86±4.36	18.74±3.54	14.24±2.25	25.13±4.13	23.90±3.45	11.95±2.70	7.14±2.16
Okur yazar <sup>2</sup>	4.0 (3.0-6.0)	22.42±3.54	22.12±3.93	21.13±5.57	16.87±3.65	21.79±5.33	18.97±3.29	14.14±2.11	24.86±3.85	22.60±3.62	11.17±2.62	6.44±2.38
İlkokul mezunu <sup>3</sup>	3.0 (2.0-5.0)	23.02±4.04	21.84±3.43	21.79±5.34	18.14±3.70	21.44±5.26	19.19±3.34	14.70±2.40	24.47±4.85	23.29±3.98	11.11±3.13	6.42±2.50
Lise mezunu <sup>4</sup>	3.0 (2.0-3.2)	24.00±5.57	23.20±3.52	23.10±5.25	18.50±4.62	20.00±5.96	18.80±4.13	14.40±1.71	25.30±3.77	23.60±3.43	11.10±2.42	6.70±2.16
Yükseköğül mezunu <sup>5</sup>	4.0 (4.0-6.5)	22.60±5.41	22.60±3.20	25.40±5.27	15.80±1.30	23.00±5.04	18.40±0.89	15.20±0.44	21.00±2.23	21.20±1.48	9.80±1.30	5.80±1.48
<b>Test p</b>	$\chi^2=13.898$ <b>0.008</b> [1-3]	F=0.829 0.507	F=0.383 0.821	F=3.197 <b>0.013</b> [1-2]	F=2.151 0.074	F=1.839 0.121	F=0.363 0.835	F=1.306 0.267	F=1.351 0.250	F=1.903 0.109	F=2.038 0.088	F=1.959 0.100
<b>Çalıştığı iş/meslek</b>												
İşçi <sup>1</sup>	3.0 (1.0-4.0)	23.09±4.74	23.27±2.79	19.90±7.98	15.81±5.91	20.09±7.84	19.00±2.82	13.81±3.06	23.90±5.70	21.72±4.33	9.54±3.55	6.27±2.32
Memur <sup>2</sup>	3.5 (2.2-4.0)	17.00±2.44	20.50±1.00	26.25±4.34	15.00±0.00	20.50±2.51	18.50±1.00	14.75±0.50	23.00±3.46	22.00±2.58	9.75±0.95	5.50±1.00
Serbest meslek <sup>3</sup>	3.0 (2.0-5.5)	21.11±2.97	22.33±3.50	24.33±4.69	18.44±3.57	18.88±3.44	18.00±3.77	14.22±1.85	25.44±4.15	24.33±4.47	12.22±2.33	8.00±1.73
Emekli <sup>4</sup>	4.0 (3.0-6.0)	23.11±4.02	22.45±3.80	21.53±5.14	17.75±3.56	22.87±4.78	18.63±3.32	14.42±2.56	24.15±4.78	23.62±4.00	11.33±3.16	6.52±2.61
Ev hanımı <sup>5</sup>	3.0 (2.0-5.0)	22.69±3.99	21.72±3.84	22.40±5.03	17.71±3.83	21.70±5.07	19.19±3.42	14.48±2.15	25.00±4.20	23.21±3.59	11.42±2.75	6.66±2.29
<b>Test p</b>	$\chi^2=3.808$ 0.433	F=2.710 <b>0.030</b> [2-4,5]	F=1.228 0.298	F=2.114 0.078	F=1.256 0.287	F=2.383 0.051	F=0.771 0.544	F=0.271 0.897	F=1.036 0.388	F=1.019 0.397	F=1.640 0.163	F=1.102 0.355
<b>Gelir Durumu</b>												
Gelir giderden az	4.0 (2.0-6.0)	23.76±3.21	24.30±3.06	23.00±5.59	16.07±5.33	22.00±6.95	19.30±3.81	13.92±1.75	23.61±5.89	22.53±3.71	10.76±3.37	6.46±2.29
Gelir gidere denk	3.0 (2.0-5.0)	22.69±4.05	21.91±3.80	22.08±5.17	17.75±3.76	21.90±5.04	19.02±3.34	14.47±2.30	24.76±4.36	23.34±3.76	11.37±2.89	6.64±2.39
Gelir giderden fazla	3.5 (2.0-4.7)	22.62±4.56	21.00±2.87	25.12±4.35	15.62±2.06	22.00±3.16	17.12±4.01	14.25±1.58	24.50±4.24	22.62±2.92	10.87±1.95	6.25±2.05
<b>Test p</b>	$\chi^2=0.385$ 0.825	F=0.444 0.642	F=2.797 0.620	F=1.529 0.218	F=2.406 0.920	F=0.003 0.997	F=1.304 0.273	F=0.395 0.674	F=0.436 0.647	F=0.422 0.656	F=0.389 0.678	F=0.143 0.867

z= Mann-Whitney U testi kullanılmıştır,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis testi kullanılmıştır, F=Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, t= Bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır. M: Medyan, Q<sub>1</sub>: 25. Persentil, Q<sub>3</sub>: 75. Persentile.

**Tablo 4.6.** Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları											
	1.Hastalık Belirtisi (Tipi)	2.Hastalık Hakkındaki Görüşler							3.Hastalık Nedenleri			
		Kişisel Kontrol	Süre (Akut/Kronik)	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngüsel)	Psikolojik Atflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza ve şans
		M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Yaşadığı yer</b>												
İl	4.0 (2.0-5.0)	22.88±4.02	21.96±3.32	22.18±5.09	17.07±3.93	21.83±5.05	19.12±3.64	14.67±2.22	24.55±4.60	23.08±3.86	11.15±3.08	6.62±2.42
İlçe	3.0 (3.0-5.0)	22.48±3.93	22.21±3.88	22.54±5.09	17.93±3.39	21.70±4.69	18.72±3.31	14.35±2.16	24.70±4.53	23.57±3.64	11.36±2.67	6.50±2.19
Köy	4.0 (2.0-6.0)	22.76±4.11	21.84±4.09	21.93±5.31	17.99±3.91	22.09±5.33	19.06±3.18	14.31±2.38	24.87±4.18	23.31±3.72	11.50±2.85	6.71±2.45
<b>Test P</b>	$X^2=1.025$ 0.599	F=0.295 0.745	F=0.294 0.745	F=0.417 0.659	F=2.517 0.082	F=0.210 0.811	F=0.468 0.627	F=1.056 0.349	F=0.200 0.819	F=0.480 0.619	F=0.563 0.570	F=0.260 0.772
<b>Kiminle yaşadığı</b>												
Yalnız <sup>1</sup>	4.0 (3.0-5.0)	22.58±4.54	21.66±3.55	22.41±5.30	16.41±3.47	22.93±4.26	18.63±3.54	14.25±1.96	24.51±4.37	22.96±3.89	11.46±2.70	6.55±2.18
Eşyle <sup>2</sup>	3.0 (2.0-5.0)	22.87±3.47	21.01±3.77	22.47±4.89	17.73±3.64	21.58±4.92	18.68±3.42	14.50±2.29	25.45±3.89	23.79±3.22	11.74±2.67	6.92±2.31
Eşi ve çocukları <sup>3</sup>	3.0 (2.0-5.0)	22.69±4.23	22.60±3.63	21.69±5.17	18.22±3.77	21.33±5.49	19.37±2.93	14.63±2.38	24.12±4.97	22.84±4.14	10.70±3.23	6.35±2.59
Çocuğunun yanında <sup>4</sup>	4.0 (3.0-6.0)	22.82±4.30	22.88±3.79	22.41±5.67	17.59±4.36	22.70±4.99	19.46±3.74	14.20±2.28	24.43±4.08	23.45±3.59	11.83±2.53	6.66±2.18
Akrabaları ile <sup>5</sup>	3.0 (1.5-4.0)	20.40±3.28	23.80±5.76	20.80±5.63	16.20±3.56	24.20±5.76	16.20±4.81	13.40±2.70	26.60±4.21	24.20±5.40	10.40±2.96	6.60±2.19
<b>Test P</b>	$X^2=4.605$ 0.330	F=0.491 0.743	F=4.601 <b>0.001</b> [2-3,4]	F=0.554 0.696	F=2.570 <b>0.038</b> [1-3]	F=1.839 0.121	F=2.056 0.086	F=0.795 0.529	F=1.914 0.107	F=1.326 0.260	F=2.992 <b>0.019</b> [2-3]	F=1.010 0.402
<b>Sigara kullanım durumu</b>												
Kullanıyor	3.0 (1.0-4.0)	23.40±5.43	23.26±3.69	23.93±6.63	18.80±5.70	19.26±5.86	19.20±4.44	14.33±2.74	24.60±6.20	22.66±5.58	10.86±4.20	6.66±2.60
Kullanmıyor	4.0 (2.0-5.0)	22.70±4.01	21.92±3.79	22.10±5.11	17.61±3.72	22.01±5.02	18.99±3.33	14.45±2.26	24.72±4.33	23.32±3.66	11.36±2.83	6.63±2.37
<b>Test p</b>	z= -1.709 0.073	t= 0.179 0.514	t= 0.001 0.179	t= 1.767 0.180	t= 10.597 0.439	t= 0.232 <b>0.040</b>	t= 2.016 0.815	t= 0.236 0.840	t= 3.439 0.913	t= 5.669 0.657	t= 4.375 0.654	t= 0.001 0.955

z= Mann-Whitney U testi kullanılmıştır,  $X^2$ = Kruskal Wallis testi kullanılmıştır, F=Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, t= Bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır. **M**: Medyan, **Q<sub>1</sub>**: 25. Persentil, **Q<sub>3</sub>**: 75. Persentile.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortanca/ortalamlarının dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır. Bireylerin cinsiyete göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde; kadınların hastalık algısı ölçeği psikolojik atıflar alt boyut puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bireylerin yaş grupları incelendiğinde; hastalık algısı ölçeği hastalık belirtisi (tipi) alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde hastalık belirtisi (tipi)'ne göre yaş grupları arasındaki anlamlı farklılığın 40-49 ve 60-69 yaş grubu arasında ve 40-49 ve 70 ve üzeri yaş grubu arasında ve 50-59 ve 60-69 yaş grubu arasında ve 50-59 ve 70 ve üzeri yaş grubu arasında ve 60-69 ve 70 ve üzeri yaş grupları arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. 40-49 yaş grubunda ise kişisel kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kişisel kontrole göre yaş grupları arasındaki farklılığın 40-49 ve 50-59 yaş grubu arasında ve 40-49 ve 70 ve üzeri yaş grupları arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Hastalığı anlayabilmeye göre yaş grupları arasındaki farklılığın 40-49 ve 50-59 yaş grubu arasında ve 40-49 ve 70 ve üzeri yaş grubu arasında ve 60-69 ve 70 ve üzeri yaş grubu arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. 60-69 yaş grubunda ise sonuçlar alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde sonuçlar algısına göre yaş grupları arasındaki anlamlı farklılığın 40-49 ve 60-69 yaş grubu arasında ve 40-49 ve 70 ve üzeri yaş grubu ve 50-59 ve 60-69 yaş grubu arasında ve 50-59 ve 70 ve üzeri yaş grupları arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. 50-59 yaş grubunda da süre (döngüsel) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Süre (döngüsel) göre yaş grupları arasındaki farklılığın ise 50-59 ve 70 ve üzeri yaş grubu arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bireylerin medeni durumu ile hastalık algısı ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kişisel kontrol bölümünde evli bireylerin, süre (akut/kronik) bölümünde ise bekar bireylerin daha yüksek puan ortalamalarına

sahip olduğu saptanmıştır. Bireylerin medeni durumlarına göre kişisel kontrol ve süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalaması farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Araştırmada yer alan bireylerin çalışma durumuna göre hastalık algısı ölçeği hastalığı anlayabilme alt boyutunda gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve çalışmayan bireylerin puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışma kapsamındaki bireylerin eğitim durumuna göre hastalık algısı ölçeği tüm alt boyut puan ve puan ortalamaları incelendiğinde; yüksekokul mezunlarının hastalık belirtisi alt boyut puanlarının ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde eğitim durumu grupları ile hastalık belirtisi (tipi) arasındaki anlamlı farklılığın ilkökul ve okuryazar olmayan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Eğitim durumu ile duygusal temsiller arasındaki anlamlı farklılığın okur yazar ve okur yazar olmayan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmada yer alan bireylerin çalıştığı iş/mesleğe göre hastalık algısı ölçeği puan/puan ortalamaları değerlendirildiğinde; emekli olan bireylerin hastalık algısı ölçeği kişisel kontrol alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde bireylerin çalıştığı iş/meslek ile kişisel kontrol arasındaki anlamlı farklılığın memur ve emekli gruplar arasında ve memur ve ev hanımı grupları arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumuna ve yaşadıkları yerlere göre hastalık algısı tüm alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışma kapsamına alınan bireylerden akrabaları ile yaşayan bireylerin süre (akut/kronik)alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile süre (akut/kronik) arasındaki anlamlı farklılığın eşiyle ve eşi ve çocukları ile yaşayanlar arasında, eşiyle ve çocuğunun yanında yaşayanlar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Eşi ve

çocukları ile yaşayan bireylerin hastalığı anlayabilme alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile hastalığı anlayabilme arasındaki anlamlı farklılığın yalnız ve eşi çocukları ile yaşayanlar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Eşi ile yaşayan bireylerin bağışıklık alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile bağışıklık arasındaki anlamlı farklılığın eşiyile ve eşi ve çocukları ile yaşayanlar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Bireylerin sigara kullanım durumu ile hastalık algısı ölçeği puan/puan ortalamaları incelendiğinde; Sigara kullanmayan bireylerin hastalık algısı ölçeği sonuçlar alt boyut puan ortalamasının sigara kullanan bireylerden yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6).



**Tablo 4.7.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı (N=400)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları											
	Hastalık Belirtisi (Tipi)	Hastalık Hakkındaki Görüşler						Hastalık Nedenleri				
		Kişisel Kontrol	Süre (Akut/Kronik)	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngüsel)	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza ve şans
M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Tam süresi</b>												
1-5 yıl <sup>1</sup>	3.0 (2.0-4.0)	22.54±3.90	21.40±3.63	21.70±5.47	17.83±4.39	19.33±5.62	18.96±3.81	14.77±2.25	24.70±4.47	22.81±3.77	11.08±2.86	6.55±2.27
6-10 yıl <sup>2</sup>	3.0 (2.0-5.0)	22.83±4.04	21.56±3.83	22.21±5.20	17.96±3.55	21.90±4.89	19.06±3.37	14.56±2.08	24.77±4.59	23.67±3.79	11.54±2.96	6.82±2.43
10 yıl üzeri <sup>3</sup>	4.0 (3.0-6.0)	22.75±4.11	22.59±3.77	22.39±3.77	17.34±3.64	23.33±4.30	18.96±3.13	14.18±2.41	24.68±4.26	23.29±3.69	11.35±2.85	6.53±2.39
<b>Test p</b>	$X^2=28.733$ $p<0.001$ [1,2-3]	F=0.155 0.856	F=4.270 <b>0.015</b> [1,2-3]	F=0.552 0.576	F=1.100 0.334	F=21.207 $p<0.001$ [1,2-3]	F=0.040 0.960	F=2.256 0.106	F=0.015 0.985	F=1.473 0.231	F=0.706 0.494	F=0.619 0.539
<b>Kan basıncını ölçme sıklığı</b>												
Hiç ölçmüyorum	4.0 (3.0-5.0)	22.77±3.89	21.72±3.58	21.88±5.25	17.59±3.77	21.96±5.05	18.92±3.53	14.42±2.26	24.66±4.34	23.19±3.59	11.29±2.91	6.76±2.37
Her gün	3.0 (2.0-5.0)	23.60±4.78	23.40±4.95	22.64±6.22	18.64±5.01	22.56±5.56	20.08±3.37	14.92±1.91	25.16±4.64	25.04±3.51	11.96±3.02	6.68±2.34
Haftada bir kez	3.0 (2.0-5.0)	22.32±4.24	22.32±4.12	23.01±4.58	17.07±3.66	21.37±4.96	18.70±3.09	14.47±2.39	24.68±4.80	23.49±4.20	11.43±2.78	6.26±2.48
Ayda bir kez	3.5 (2.0-6.5)	24.08±4.12	21.75±4.18	21.50±5.86	19.08±3.39	21.66±7.06	20.25±2.05	14.16±2.82	25.91±4.71	21.91±5.21	11.08±3.60	5.33±2.14
Diğer	4.0 (2.0-6.5)	21.26±4.04	22.93±3.08	23.53±3.24	18.73±2.65	22.46±3.56	19.00±1.77	14.26±2.82	24.33±3.55	22.66±2.84	11.13±2.29	6.66±1.79
<b>Test p</b>	$X^2=1.120$ 0.891	F=1.300 0.269	F=1.600 0.173	F=1.019 0.397	F=1.549 0.187	F=0.346 0.846	F=1.222 0.301	F=0.346 0.847	F=0.323 0.863	F=1.980 0.097	F=0.358 0.839	F=1.530 0.193
<b>Ek kronik hastalık</b>												
Olan	4.0 (2.0-5.0)	23.05±4.16	22.09±3.73	22.43±5.03	17.87±3.98	22.27±4.89	19.24±3.09	14.51±2.28	24.90±4.27	23.19±3.81	11.53±2.72	6.70±2.34
Olmayan	3.0 (2.0-5.0)	22.23±3.77	21.78±3.87	21.76±5.38	17.33±3.51	21.33±5.31	18.62±3.75	14.35±2.26	24.44±4.62	23.47±3.65	11.05±3.12	6.51±2.43
<b>Test p</b>	z= -0.061 0.952	t= 0.355 <b>0.047</b>	t= 0.084 0.416	t= 1.754 0.213	t= 5.226 0.156	t= 1.995 0.072	t= 3.030 0.073	t= 0.113 0.495	t= 0.646 0.310	t= 0.409 0.464	t= 3.667 0.106	t= 0.497 0.447
<b>Diyetle uyum durumu</b>												
Uyan <sup>1</sup>	3.0 (2.0-5.0)	22.80±4.24	22.05±3.93	22.84±4.84	18.02±4.10	21.93±5.40	19.49±3.15	14.47±2.38	25.56±4.01	23.71±3.44	11.60±2.78	6.78±2.37
Uymayan <sup>2</sup>	3.0 (3.0-6.0)	23.31±4.32	22.34±4.38	21.43±5.53	17.89±4.08	22.32±5.10	18.38±3.85	14.50±2.48	24.78±4.64	23.66±4.05	11.25±2.98	6.60±2.39
Kısmen uyan <sup>3</sup>	4.0 (2.0-6.0)	22.25±3.56	21.64±3.15	22.09±5.16	17.16±3.28	21.59±4.75	18.98±3.15	14.39±2.02	23.92±4.46	22.67±3.72	11.18±2.92	6.51±2.37
<b>Test p</b>	$X^2=2.630$ 0.268	F=2.219 0.110	F=1.133 0.323	F=2.278 0.104	F=2.146 0.118	F=0.652 0.522	F=3.277 <b>0.039</b> [1-2]	F=0.075 0.928	F=5.168 <b>0.006</b> [1-3]	F=3.555 <b>0.029</b> [1-3]	F=0.814 0.444	F=0.505 0.604

z= Mann-Whitney U testi kullanılmıştır,  $X^2$ = Kruskal Wallis testi kullanılmıştır, F= Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, t= Bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır. M: Medyan, Q<sub>1</sub>: 25. Persentil, Q<sub>3</sub>: 75. Persentile.

**Tablo 4.7.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortanca/Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Hastalık Özellikleri	Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları											
	Hastalık Belirtisi (Tipi)	Hastalık Hakkındaki Görüşler						Hastalık Nedenleri				
		Kişisel Kontrol	Süre (Akut/Kronik)	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngüsel)	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza ve şans
M(Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
<b>Kontrol etme sıklığı</b>												
Ayda bir <sup>1</sup>	3.5 (3.0-5.0)	22.12±4.55	22.25±4.45	23.20±5.60	17.60±4.73	22.20±5.34	19.06±3.95	14.87±2.74	25.93±3.65	23.83±3.43	12.08±2.48	6.83±2.65
Üç ayda bir <sup>2</sup>	4.0 (2.5-5.0)	23.20±3.65	22.44±3.35	22.56±4.60	17.73±3.47	22.59±4.89	19.42±3.03	14.48±2.42	24.81±4.39	23.40±3.59	11.37±2.98	6.48±2.42
Altı ayda bir <sup>3</sup>	3.0 (2.0-6.0)	22.67±4.02	21.78±3.66	21.47±4.81	17.75±3.99	21.40±5.01	18.65±3.47	14.31±2.17	24.35±4.55	23.14±3.75	11.17±2.94	6.66±2.32
Yılda bir <sup>4</sup>	3.0 (2.5-5.0)	22.67±4.16	22.03±3.40	22.37±6.23	16.90±2.76	22.20±5.44	19.33±3.01	14.20±1.86	24.49±4.40	22.83±4.25	11.05±2.95	6.60±2.20
Hiç gitmem <sup>5</sup>	3.0 (1.7-4.2)	21.61±4.82	19.33±5.73	21.88±7.02	18.72±4.45	19.61±4.44	17.66±3.86	14.88±1.81	24.61±5.04	23.88±4.14	11.55±3.23	6.94±2.38
<b>Test p</b>	$\chi^2=3.010$ 0.556	F=1.083 0.365	F=2.893 <b>0.022</b> [1,2-5]	F=1.399 0.234	F=0.906 0.460	F=2.001 0.094	F=1.758 0.137	F=0.874 0.480	F=1.229 0.298	F=0.649 0.628	F=1.080 0.366	F=0.288 0.885
<b>Antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu</b>												
Her gün düzenli ilaç alan <sup>1</sup>	3.0 (2.0-5.0)	22.82±4.09	21.98±2.38	22.22±5.11	17.79±3.85	21.75±5.16	19.27±3.25	14.45±2.28	24.73±4.44	23.24±3.78	11.32±2.91	6.56±2.38
Haftada birkaç kez ilaç almayan <sup>2</sup>	4.0 (2.7-6.0)	22.23±3.66	22.83±3.24	22.76±5.01	16.20±3.05	24.13±3.84	17.10±3.34	14.40±2.52	24.53±4.66	23.93±3.72	11.76±2.86	7.40±2.22
Bazen ilaç alan <sup>3</sup>	3.0 (3.0-3.7)	21.08±2.60	19.50±2.57	19.00±6.66	17.25±3.74	20.83±3.61	15.50±3.75	14.33±1.43	24.75±2.89	23.33±2.53	11.00±2.41	6.58±2.39
<b>Test p</b>	$\chi^2=1.409$ 0.494	F=1.339 0.263	F=3.368 <b>0.035</b> [2-3]	F=2.490 0.084	F=2.524 0.081	F=3.342 <b>0.036</b> [1-2]	F=13.155 <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3]	F=0.025 0.975	F=0.030 0.971	F=0.461 0.631	F=0.409 0.664	F=1.696 0.185
<b>Psikiyatrik ilaç kullanma durumu</b>												
Kullanan	4.0 (3.0-7.0)	21.85±4.19	21.45±4.55	23.74±4.90	17.60±4.59	22.42±4.61	18.22±3.83	15.48±2.61	26.54±3.46	24.05±3.96	11.80±3.06	7.05±2.53
Kullanmayan	3.0 (2.0-5.0)	22.81±4.01	22.02±3.71	22.02±5.18	17.66±3.73	21.86±5.12	19.07±3.32	14.35±2.22	24.54±4.45	23.23±3.72	11.30±2.87	6.59±2.36
<b>Test p</b>	$z=-2.214$ <b>0.027</b>	t=0.003 0.179	t=0.757 0.398	t=0.390 0.060	t=4.599 0.932	t=0.713 0.528	t=1.871 0.157	t=0.540 <b>0.005</b>	t=1.608 <b>0.010</b>	t=0.304 0.213	t=0.458 0.336	t=0.400 0.269

$z$ = Mann-Whitney  $U$  testi kullanılmıştır,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis testi kullanılmıştır,  $F$ =Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır,  $t$ = Bağımsız iki örneklem  $t$  testi kullanılmıştır.  $M$ : Medyan,  $Q_1$ : 25. Persentil,  $Q_3$ : 75. Persentile.

Bireylerin hastalık özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortanca/ortalamlarının dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; tanı süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerin hastalık algısı ölçeği süre (akut/kronik), sonuçlar alt boyut puan ortalamasının, hastalık belirtisi (tipi) alt boyut puanının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde tanı süresi ile hastalık belirtisi (tipi) ve süre (akut/kronik) arasındaki anlamlı farklılığın 1-5 yıl ve 10yıl üzeri grup arasında ve 6-10 yıl ve 10 yıl üzeri gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Tanı süresi ile sonuçlar arasındaki anlamlı farklılığın 1-5 yıl ve 10 yıl üzeri grup arasında ve 6-10 ve 10 yıl üzeri gruplar arasında ve 1-5 yıl ve 6-10 yıl üzeri gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin tansiyonlarını ölçme sıklığına göre hastalık algısı tüm alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin olmayanlara göre kişisel kontrol alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kişisel kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ( $p<0.05$ ). Diyetine uyan bireylerin tedavi kontrolü, psikolojik atıflar ve risk faktörleri alt boyutları puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve bu alt boyutların puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde diyet uyumu ile tedavi kontrolü arasındaki anlamlı farklılığın uyan ve uymayan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan, diyet uyumu ile psikolojik atıflar ve risk faktörleri arasındaki anlamlı ilişkinin uyan ve kısmen uyan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Üç ayda bir kontrole giden bireylerin süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde kontrole gitme sıklığı ile süre (akut/kronik) arasındaki anlamlı farklılığın ayda bir ve hiç gitmem diyen gruplar arasında ve üç ayda bir ve hiç gitmem diyen gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ilaç kullanım düzenleri ile hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde; ilaçlarını haftada birkaç kez almam cevabını veren grubun süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde ilaç kullanım düzenleri ile süre (akut/kronik) arasındaki anlamlı farklılığın haftada birkaç kez ilaç almam ve bazen ilaç alırım cevabını veren gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. İlaç kullanım düzenleri ile sonuçlar arasındaki anlamlı farklılığın her gün düzenli ilaç alırım ve haftada birkaç kez almam cevabını veren gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Ayrıca ilaçlarını her gün düzenli alan grubun tedavi kontrolü puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). İlaç kullanma düzenleri ile tedavi kontrolü arasındaki anlamlı farklılığın her gün düzenli ilaç alan ve haftada birkaç kez ilaç almayan gruplar arasında ve her gün düzenli ilaç alan ve bazen ilaç alan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan bireylerin psikiyatrik ilaç kullanma durumları ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; psikiyatrik ilaç kullanan bireylerin hastalık belirtisi (tipi) alt boyut puanları, süre (döngüsel) ve psikolojik atıflar alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve bu alt boyutlardaki puan/puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyutları			
	Beslenme Skor	Medikal Skor	Görüşme skor	Toplam Skor
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	2.27±1.86	2.27±2.73	2.97±1.32	7.53±4.69
Erkek	2.17±1.73	2.44±3.36	3.13±1.42	7.75±5.51
<b>p**</b>	0.601	0.599	0.283	0.679
<b>Yaş grupları</b>				
40-49	1.72±2.13	1.04±2.22	2.72±1.24	5.48±4.71
50-59	2.32±2.05	2.39±3.50	2.94±1.40	7.66±5.46
60-69	2.37±1.72	2.61±3.25	3.10±1.35	8.09±5.41
70 ve üzeri	2.14±1.71	2.20±2.17	3.05±1.34	7.40±3.96
<b>p*</b>	0.337	0.089	0.540	0.098
<b>Medeni hâli</b>				
Evli	2.18±1.78	2.30±3.10	3.02±1.35	7.51±5.14
Bekar	2.40±1.91	2.40±2.49	3.03±1.34	7.83±4.46
<b>p**</b>	0.284	0.762	0.940	0.552
<b>Eğitim durumu</b>				
Okur yazar değil	2.39±1.77	2.73±2.63	3.25±1.47	8.38±4.43
Okur yazar	2.49±1.87	2.59±2.72	2.94±1.28	8.03±4.71
İlkokul mezunu	2.09±1.80	2.01±3.26	2.94±1.31	7.04±5.39
Lise mezunu	1.60±2.01	1.40±1.57	2.70±0.94	5.70±3.30
Yüksek okul mezunu	1.40±1.67	1.80±1.64	3.20±1.64	6.40±3.91
<b>p*</b>	0.198	0.189	0.291	0.108
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	1.44±2.03	1.94±3.24	2.61±0.69	6.00±4.04
Hayır	2.28±1.80	2.34±2.93	3.04±1.37	7.67±4.99
<b>p**</b>	0.056	0.571	<b>0.023</b>	0.161
<b>Çalıştığı iş/meslek</b>				
İşçi	1.09±1.70	0.63±1.02	2.45±0.82	4.18±2.99
Memur	2.50±2.88	2.50±0.57	3.00±0.00	8.00±2.30
Serbest meslek	2.00±1.65	4.11±3.95	2.55±0.52	8.66±3.96
Emekli	2.16±1.67	2.41±3.38	3.18±1.46	7.76±5.66
Ev hanımı	2.32±1.87	2.30±2.75	3.00±1.34	7.63±0.29
<b>p*</b>	0.248	0.133	0.317	0.214

\*Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, \*\*Bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.8.** Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı) (N=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyutları			
	Beslenme Skor	Medikal Skor	Görüşme skor	Toplam Skor
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az	2.76±1.78	1.15±1.28	3.23±1.36	7.15±3.21
Gelir gidere denk	2.24±1.82	2.39±2.99	3.02±1.36	7.66±5.03
Gelir giderden fazla	1.37±1.68	1.25±1.90	2.62±0.51	5.25±3.24
<i>p</i> *	0.235	0.190	0.608	0.374
<b>Yaşadığı yer</b>				
İl	2.23±1.88	2.49±3.74	3.11±1.37	7.84±6.07
İlçe	2.15±1.80	2.34±2.72	2.79±1.30	7.28±4.42
Köy	2.31±1.78	2.18±2.23	3.09±1.44	7.59±4.18
<i>p</i> *	0.779	0.659	0.128	0.686
<b>Kiminle yaşadığı</b>				
Yalnız	2.43±1.98	2.46±2.86	3.03±1.20	7.93±4.86
Eşiyle	2.23±1.84	2.83±3.85	2.97±1.52	8.03±6.32
Eşi ve çocukları	2.09±1.67	1.93±2.15	3.05±1.16	7.08±3.65
Çocuğunun yanında	2.48±1.95	2.01±1.99	3.08±1.52	7.58±4.13
Akrabaları ile	1.40±0.89	1.40±1.14	3.20±0.83	6.00±2.44
<i>p</i> *	0.452	0.098	0.977	0.505
<b>Sigara kullanım durumu</b>				
Kullanıyor	2.40±1.95	2.46±3.27	3.06±1.62	7.93±6.00
Kullanmıyor	2.23±1.82	2.32±2.93	3.02±1.34	7.58±4.92
<i>p</i> **	0.738	0.855	0.909	0.793

\*Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, \*\*Bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.8'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumu ile hipertansiyon tedavisine uyum ortalamaları incelendiğinde; çalışmayan bireylerin görüşme alt boyut puan ortalamasının çalışan bireylerden fazla olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, nerede yaşadığı, kiminle yaşadığı ve sigara kullanımı ile Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). (Tablo 4.8.)

**Tablo 4.9.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=400)

Hastalık Özellikleri	Hill Bone HT Tedavisine Uyum Ölçeğinin Alt Boyutları			
	Beslenme Skor $\bar{X}\pm SS$	Medikal Skor $\bar{X}\pm SS$	Görüşme skor $\bar{X}\pm SS$	Toplam Skor $\bar{X}\pm SS$
<b>Tanı süresi</b>				
1-5 yıl	2.26±1.99	2.78±4.34	2.92±1.43	7.96±6.83
6-10 yıl	2.21±1.71	2.52±2.59	3.20±1.33	7.94±4.54
10 yıl üzeri	2.25±1.81	1.93±2.08	2.94±1.31	7.14±3.91
<b>p*</b>	0.975	0.052	0.181	0.268
<b>Ek kronik hastalık</b>				
Olan	2.21±1.86	1.95±2.47	3.01±1.37	7.18±4.44
Olmayan	2.29±1.75	2.92±3.49	3.04±1.32	8.26±5.62
<b>p**</b>	0.662	<b>0.003</b>	0.838	<b>0.033</b>
<b>Kontrole Gitme Sıklığı</b>				
Ayda bir kez <sup>1</sup>	2.60±2.20	2.41±3.12	3.00±1.71	8.02±5.89
Üç ayda bir kez <sup>2</sup>	1.75±1.66	1.59±1.70	2.80±1.12	6.16±3.46
Altı ayda bir kez <sup>3</sup>	2.28±1.64	2.27±2.53	2.92±1.12	7.49±4.21
Yılda bir kez <sup>4</sup>	2.83±2.08	3.49±4.61	3.47±1.68	9.79±6.79
Hiç gitmem <sup>5</sup>	2.66±1.71	4.38±4.46	4.22±1.69	11.27±6.76
<b>p*</b>	<b>0.001</b> [1-2] [2-4]	<b>p&lt;0.001</b> [2-4,5] [4-5]	<b>p&lt;0.001</b> [1-5] [2-4,5] [3-5]	<b>p&lt;0.001</b> [2-4,5] [3-4,5]
<b>Kan basıncını ölçme Sıklığı</b>				
Hiç ölçmüyorum	2.25±1.77	2.50±3.16	3.03±1.36	7.79±5.10
Her gün	2.48±2.06	2.44±2.14	3.40±1.35	8.32±4.21
Haftada bir kez	2.20±2.06	1.88±2.65	2.98±1.28	7.07±5.10
Ayda bir kez	2.16±1.89	1.41±1.50	2.83±1.26	6.41±3.87
Diğer	1.86±1.18	1.66±1.34	2.66±1.49	6.20±3.07
<b>p*</b>	0.892	0.348	0.516	0.469
<b>Antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu</b>				
Her gün düzenli ilaç alan <sup>1</sup>	2.09±1.78	1.75±1.83	2.94±1.29	6.79±3.81
Haftada birkaç kez ilaç almayan <sup>2</sup>	3.46±1.59	6.23±3.91	3.70±1.41	13.40±6.07
Bazen ilaç alan <sup>3</sup>	3.58±2.02	9.83±7.15	3.75±2.26	17.16±10.52
<b>p*</b>	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]	<b>0.002</b> [1-2]	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
<b>Diyete Uyum Durumu</b>				
Uyan <sup>1</sup>	0.65±1.04	1.25±2.13	2.53±1.15	4.44±3.24
Uymayan <sup>2</sup>	3.74±1.86	3.13±3.42	3.51±1.48	10.39±5.50
Kısmen uyan <sup>3</sup>	2.62±1.12	2.72±2.94	3.12±1.28	8.47±4.26
<b>p*</b>	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3]	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]	<b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
<b>Psikiyatrik ilaç kullanma durumu</b>				
Kullanan	2.28±2.05	1.65±1.90	2.88±1.47	6.82±4.34
Kullanmayan	2.24±1.80	2.39±3.02	3.04±1.34	7.67±5.01
<b>p**</b>	0.890	0.158	0.518	0.334

\*Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, \*\*Bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır.

Bireylerin hastalık özelliklerine göre Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.9'da yer almaktadır. Araştırmamızda yer alan bireylerin tanı süresi, kan basıncı ölçme sıklığı ve psikiyatrik ilaç kullanımını ile Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği tüm alt boyutları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin olmayanlara göre medikal skor ve toplam skor puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. Medikal skor ve toplam skor puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ( $p < 0.05$ ).

Araştırmada yer alan bireylerin kontrole gitme sıklığına göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor puan ortalamalarının üç ayda bir kez cevabını veren grupta diğer gruplardan daha düşük olduğu ve bu alt boyutlarda puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde kontrole gitme sıklığı ile beslenme alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın ayda bir ve üç ayda bir kez kontrole giden grup arasında ve üç ayda bir ve yılda bir kez kontrole giden gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrole gitme sıklığı ile medikal alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın üç ayda bir ve yılda bir kez, üç ayda bir kez ve hiç gitmem, altı ayda bir ve hiç gitmem cevabını veren gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrole gitme sıklığı ile görüşme alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın ayda bir ve hiç gitmem, üç ayda bir ve yılda bir, üç ayda bir ve hiç gitmem, altı ayda bir ve hiç gitmem cevabını veren gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrole gitme sıklığı ile toplam skor alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın üç ayda bir ve yılda bir, üç ayda bir ve hiç gitmem, altı ayda bir ve hiç gitmem, altı ayda bir ve yılda bir cevabını veren gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin antihipertansif ilacı düzenli kullanım durumuna göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor ortalamalarının her gün düzenli cevabını veren grupta diğer gruplardan daha düşük olduğu ve bu alt boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu ile beslenme alt boyut



gruplar arasındaki anlamlı farklılığın her gün düzenli ilaç alan ve haftada birkaç kez ilaç almayan gruplar arasında ve her gün düzenli ilaç alan ve bazen ilaç alan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu ve medikal alt boyut ile toplam skor alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın her gün düzenli ilaç alan ve haftada birkaç kez ilaç almayan gruplar arasında ve her gün düzenli ilaç alan ve bazen ilaç alan grupları arasında ve bazen ilaç alan ve haftada birkaç kez ilaç almayan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu ile görüşme alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın her gün düzenli ilaç alan ve haftada birkaç kez ilaç almayan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmadaki bireylerin diyetle uyum durumuna göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor ortalamalarının diyetine uyan grupta diğer gruplardan daha düşük olduğu ve bu alt boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde diyetle uyum durumu ile beslenme, görüşme ve toplam skor alt boyutları arasındaki anlamlı farklılığın uyan ve uymayan gruplar arasında, uyan ve kısmen uyan gruplar arasında, uymayan ve kısmen uyan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Diyetle uyum durumu ile medikal alt boyut arasındaki anlamlı farklılığın ise uyan ve uymayan gruplar arasında, uyan ve kısmen uyan gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

**Tablo 4.10.** Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyut ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Hastalık Tipi	Kişisel Kontrol	Süre	Duygusal temsiller	Hastalığı anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi kontrolü	Süre (döngüsel)	Psikolojik atıflar	Risk etkenleri	Bağıışıklık	Kaza, şans
Dışadönüklük	r	1														
	p															
Nörotizm	r	0.175	1													
	p	0.000														
Psikotizm	r	0.325	0.421	1												
	p	0.000	0.000													
Hastalık Tipi	r	-0.209	-0.010	-0.063	1											
	p	0.000	0.835	0.208												
Kişisel Kontrol	r	0.156	0.040	0.045	-0.101	1										
	p	0.002	0.430	0.367	0.044											
Süre	r	0.060	0.111	0.084	-0.114	0.238	1									
	p	0.234	0.026	0.093	0.022	0.000										
Duygusal temsiller	r	0.045	0.351	0.145	0.042	-0.016	0.094	1								
	p	0.370	0.000	0.004	0.403	0.747	0.059									
Hastalığı anlayabilme	r	0.066	-0.055	-0.061	-0.228	0.192	0.110	-0.029	1							
	p	0.189	0.275	0.226	0.000	0.000	0.028	0.559								
Sonuçlar	r	-0.037	-0.019	-0.045	0.214	0.168	0.242	0.124	-0.060	1						
	p	0.464	0.701	0.370	0.000	0.001	0.000	0.013	0.234							
Tedavi kontrolü	r	0.256	-0.035	0.056	-0.149	0.377	0.079	-0.045	0.282	0.052	1					
	p	0.000	0.485	0.267	0.003	0.000	0.115	0.371	0.000	0.303						
Süre (döngüsel)	r	0.010	0.009	-0.067	-0.105	0.130	0.026	0.115	0.293	0.042	0.163	1				
	p	0.847	0.855	0.182	0.036	0.009	0.601	0.021	0.000	0.397	0.001					
Psikolojik atıflar	r	0.008	0.051	-0.057	0.066	0.080	-0.014	0.062	0.070	0.077	0.104	0.074	1			
	p	0.873	0.311	0.253	0.188	0.112	0.782	0.214	0.163	0.124	0.037	0.137				
Risk etkenleri	r	0.021	0.025	0.010	0.111	-0.009	-0.005	0.057	0.023	0.107	0.015	0.043	0.707	1		
	p	0.674	0.620	0.845	0.026	0.854	0.913	0.257	0.650	0.032	0.770	0.391	0.000			
Bağıışıklık	r	-0.065	-0.014	-0.085	0.126	-0.087	-0.079	0.074	-0.018	0.137	-0.022	0.026	0.714	0.749	1	
	p	0.195	0.778	0.089	0.012	0.083	0.114	0.139	0.721	0.006	0.667	0.606	0.000	0.000		
Kaza, şans	r	-0.105	0.022	-0.115	0.100	-0.098	-0.080	0.101	-0.024	0.086	-0.090	-0.08	0.570	0.524	0.704	1
	p	0.036	0.657	0.022	0.045	0.049	0.110	0.043	0.633	0.085	0.073	0.877	0.000	0.000	0.000	

r= Pearson korelasyon katsayısı / Korelasyon katsayısı 0.00-0.20 çok zayıf ilişki; 0.20-0.40 zayıf ilişki; 0.40-0.60 orta düzey ilişki; 0.60-0.80 yüksek düzeyde ilişki; 0.80-1.00 çok yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır.

Tablo 4.10’da Eysenck kişilik anketi ile Hastalık algısı ölçeği arasındaki ilişki verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Eysenck kişilik anketi dışadönüklük alt boyutu ile Hastalık algısı ölçeği hastalık belirtisi (tipi) ve kaza-şans alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Dışadönüklük kişilik özelliği arttıkça, bireylerin hastalık belirtisi (tipi)’nin azaldığı ve kaza-şansı hastalık nedeni olarak daha az düşündükleri belirlenmiştir. Eysenck kişilik anketi dışadönüklük alt boyutu ile kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Dışadönüklük kişilik özelliği arttıkça bireylerin kişisel kontrol ve tedavi kontrol algılarında arttığı saptanmıştır. Eysenck kişilik anketi nörotizm alt boyutu ile hastalık algısı ölçeği süre ve duygusal temsiller alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir( $p<0.05$ ). Nörotizm kişilik özelliği arttıkça bireylerin hastalıklarını daha kronik algıladığı ve duygusal temsillerinin arttığı saptanmıştır. Eysenck Kişilik anketi psikotizm alt boyutu ile hastalık algısı ölçeği kaza-şans alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ) Psikotik kişilik özelliğinin artması bireylerin hastalık nedenini kaza-sans olarak algılamasında azalma bulunmuştur. (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11.** Eysenck Kişilik Anketi Alt Boyutları ile Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Ölçek Alt Boyutları		Dışadönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Beslenme	Medikal	Görüşme	HB toplam
<b>Dışadönüklük</b>	<i>r</i>	1						
	<i>p</i>							
<b>Nörotizm</b>	<i>r</i>	0.175	1					
	<i>p</i>	0.000						
<b>Psikotizm</b>	<i>r</i>	0.325	0.421	1				
	<i>p</i>	0.000	0.000					
<b>Beslenme</b>	<i>r</i>	-0.139	-0.143	-0.050	1			
	<i>p</i>	0.005	0.004	0.323				
<b>Medikal</b>	<i>r</i>	-0.143	-0.050	-0.011	0.474	1		
	<i>p</i>	0.004	0.316	0.830	0.000			
<b>Görüşme</b>	<i>r</i>	-0.012	-0.028	0.082	0.439	0.437	1	
	<i>p</i>	0.804	0.578	0.102	0.000	0.000		
<b>HB toplam</b>	<i>r</i>	-0.140	-0.090	-0.002	0.769	0.888	0.694	1
	<i>p</i>	0.005	0.072	0.964	0.000	0.000	0.000	

*r*= Pearson korelasyon katsayısı / Korelasyon katsayısı 0.00-0.20 çok zayıf ilişki; 0.20-0.40 zayıf ilişki; 0.40-0.60 orta düzey ilişki; 0.60-0.80 yüksek düzeyde ilişki; 0.80-1.00 çok yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır.

Tablo 4.11’de Eysenck kişilik anketi alt boyutları ile Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloya göre Eysenck kişilik anketi dışadönüklük alt boyutu ile Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği beslenme ve medikal alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bireylerin dışadönüklük kişilik özelliği arttıkça beslenme ve medikal tedaviye olan uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Eysenck kişilik anketi nörotizm alt boyutu ile Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği beslenme alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bireylerin nörotizm kişilik özelliği arttıkça beslenme tedavisine olan uyumlarının arttığı saptanmıştır. Eysenck kişilik anketi dışadönüklük alt boyutu ile Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği toplam skor arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11).

**Tablo 4.12.** Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısına Etkisini Açıklamak Üzere Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	T	P	VIF	F	Model (p)	Adjusted R2	DW
Hastalık Tipi	Sabit	5.362	13.078	0.000*		6.110	0.000*	0.037	1.977
	Dışadönüklük	-0.446	-4.068	0.000*	1.121				
	Nörotizm	0.046	0.543	0.588	1.218				
	Psikotizm	-0.015	-0.118	0.906	1.321				
Kişisel Kontrol	Sabit	21.101	33.113	0.000*		3.353	0.019*	0.017	1.935
	Dışadönüklük	0.512	3.003	0.003*	1.121				
	Nörotizm	0.042	0.321	0.748	1.218				
	Psikotizm	-0.045	-0.237	0.813	1.321				
Tedavi Kontrolü	Sabit	17.253	33.153	0.000*		10.221	0.000*	0.065	1.799
	Dışadönüklük	0.731	5.250	0.000*	1.121				
	Nörotizm	-0.169	-1.565	0,118	1.218				
	Psikotizm	0.009	0.059	0,953	1.321				
Duygusal Temsiller	Sabit	18.783	24.215	0.000*		18.539	0.000*	0.117	2.020
	Dışadönüklük	-0.073	-0.353	0.724	1.121				
	Nörotizm	1.091	6.790	0.000*	1.218				
	Psikotizm	0.010	0.041	0.967	1.321				

Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin hastalık belirtisi (tipi) puanı üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; dışadönüklüğün ( $\beta = -0.446$ ) hastalık tipi puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Hastalık belirtisi (tipi) algısı üzerindeki değişimin % 3.7'sinin kişilik özellikleri ile açıklandığı görülmektedir. Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin kişisel kontrol üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; dışadönüklüğün ( $\beta = 0.512$ ) kişisel kontrol puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Kişisel kontrol algısı üzerindeki değişimin % 1.7'sinin kişilik

özellikleri ile açıklandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin tedavi kontrol puanı üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; dışadönüklüğün ( $\beta = -0.731$ ) tedavi kontrol puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Tedavi kontrol algısı üzerindeki değişimin % 6.5'inin kişilik özellikleri ile açıklandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin duygusal temsil puanı üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; nörotizm alt boyutunun ( $\beta = 1.091$ ) duygusal temsil puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Bu durumda nörotizm alt boyutundan elde edilen puanlar arttıkça, duygusal temsil algısının artacağı söylenebilir. Duygusal temsil algısı üzerindeki değişimin % 11,7'sinin kişilik özellikleri ile açıklandığı görülmektedir.

**Tablo 4.13.**Kişilik Özelliklerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisini Açıklamak Üzere Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	T	P	VIF	F	Model (p)	Adjusted R2	DW
Medikal Uyum	Sabit	3.406	7.312	0.000*		3.222	0.023*	0.016	1.872
	Dışadönüklük	-0.365	-2.930	0.004*	1.121				
	Nörotizm	-0.085	-0.885	0.377	1.218				
	Psikotizm	0.147	1.048	0.295	1.321				
Beslenme Uyum	Sabit	3.168	11.064	0.000*		4.933	0.002*	0.029	1.691
	Dışadönüklük	-0.193	-2.521	0.012*	1.121				
	Nörotizm	-0.155	-2.611	0.009*	1.218				
	Psikotizm	0.081	0.938	0.349	1.321				
Tedaviye Uyum	Sabit	9.603	12.287	0.000*		4.082	0.007*	0.023	1.763
	Dışadönüklük	-0.602	-2.882	0.004*	1.121				
	Nörotizm	-0.300	-1.854	0.064	1.218				
	Psikotizm	0.370	1.575	0.116	1.321				

Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin medikal uyum üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; dışadönüklüğün ( $\beta = -0.365$ ) medikal uyum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Medikal tedaviye uyum üzerindeki değişimin % 1.6'sının kişilik özellikleri ile açıklandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin beslenme uyum üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; dışadönüklük ( $\beta = -0.193$ ), nörotizm ( $\beta = -0.155$ ) beslenme uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Beslenme uyumu üzerindeki değişimin % 2.9'unun kişilik özellikleri ile açıklandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların kişilik özelliklerinin tedaviye uyumu üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; dışadönüklüğün ( $\beta = -0.602$ ) tedaviye uyum üzerinde istatistiksel olarak



anlamli bir etkisinin olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Nörotizm ve psikotizm tedaviye uyum üzerinde istatistiksel olarak anlamli bir etkisinin olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Tedaviye uyum üzerindeki değişimin % 2.3' n n kişilik özellikleri ile a ıklanđıđı görülmektedir.



## BÖLÜM 5

### 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipertansiyon, erişkin yaş grubunda Dünya’da ve ülkemizde yüksek oranda görülen kronik bir hastalıktır [4]. Bireylerin psikolojik özellikleri ile kan basıncının yükselme olasılığı arasında önemli bir bağlantı olduğu ve bunun kişilik yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir [141].

Araştırmamızda yer alan bireylerin kişilik özelliklerine yönelik veriler incelendiğinde; 70 yaş ve üzeri grupta yer alan bireylerin dışa dönüklük puanının diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir. Dışadönüklük sosyal ilişkilerde bulunmak, girişken, canlı, içten, iyimser davranışlarda bulunmak gibi özellikleri barındırmaktadır. Araştırmamızda artan yaşla birlikte bireylerin fiziksel hareketliliğinde azalma, sosyal ilişkilerinde gerileme, toplumdaki kendini soyutlama gibi faktörlerin etkili olmasından dolayı bireylerin dışadönüklük özelliklerinde bir azalma olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda yapılan kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma da 70 yaşındaki bireylerde dışadönüklük 50 yaşındaki bireylere oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir [142]. Yaşlı kişilerde motor fonksiyonlarda azalmayla dışadönüklüğün ilişkisini araştıran bir başka çalışmada ise motor fonksiyonlar da azalma ile dışadönüklüğün paralel ilişkili olduğu tespit edilmiştir [143]. Araştırma sonuçları literatürle uyumludur.

Çalışmada yer alan, evli bireylerin psikotizm puanlarının bekar bireylerden yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Mesafeli davranma, antisosyal davranışlar, diğer insanlara karşı duyarsız davranma, abartılı davranış sergileme gibi özelliklerin psikotik kişilik özelliği üzerinde etkili olduğu öngörülmektedir. Berber’in çalışmasında bekâr hastaların, evlilere göre yalnızlığı daha çok sevdiği, insanlarla birlikte olmaktan daha az hoşlandığı belirtilmektedir [113]. 1968 ve 2004 yıllarında İsveç’te yapılan bir araştırmada bizim çalışmamızdan farklı olarak evli olmayan bireylerin sayısı dışadönüklükle paralel olarak bir artış göstermiştir [144]. Çalışmalardaki bu farklılığın evlilikle beraber bireyin sahip olduğu rol ve sorumluluklarındaki değişikliklerin fizyolojik ve psikolojik durum üzerine farklı etkilerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Diğer bir değişken

olan eğitim durumu incelendiğinde; lise mezunu bireylerin dışadönüklük puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan bir çalışmada lise mezunu bireylerin ilkökul ve ortaokul mezunu olanlara göre daha duyarlı, ince ruhlu, nazik, düşünceli, duygulu, anlayışlı bir kişilik özelliğine sahip dışa dönük bireyler olduğu saptanmış ve bu araştırma ile paralellik göstermiştir [113].

Araştırmamızda yer alan bireylerin çalışma durumunu incelediğimizde; çalışmayan bireylerin nörotizm puanının çalışan bireylere göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Sosyo-ekonomik boyutları oluşturan çalışma durumu, benlik algısını etkileyen faktörlerden biri olduğu düşünüldüğünde; gelir düzeyinin düşük olduğu çevrelerde nörotik veya psikotik yönde ruhsal eğilimler ortaya çıkabileceği düşünülmektedir [145]. Nörotizm kişilik özelliği kaygı, korku depresyon ve duygusal davranışlar gibi özellikler içermekte olduğu için ulaştığımız bulgunun, çalışan bireylerde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşanmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerden ek bir kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin psikotizm puanlarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan bir başka çalışmada ek kronik hastalığı olan bireylerin daha yumuşak başlı/geçimli, sakin, öfkesini dizginleyen, güven verici, önyargısız, eleştiriye açık bir kişilik özelliğine sahip olduğu saptanmıştır [113]. Araştırma bulgumuzdaki sonucun bireylerin hastalık algıları, baş etme mekanizmaları gibi farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Hastalıkların bireylerde oluşturduğu deneyimler ve değerlendirmeler hastalıklarını yönetimlerini, semptomları kontrol etmede yararlılığına ilişkin inançlarını ve hastalık algısı oluşumunda etkilidir [20]. Araştırmamızda yer alan bireylerin hastalık algısını değerlendirdiğimizde cinsiyet değişkenine göre; kadınların psikolojik atıflar alt boyut puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Yorulmaz ve arkadaşlarının diyabetli hastalar ile yapmış olduğu bir çalışma cinsiyet karşılaştırmasında psikolojik atıflar alt boyutuna ilişkin toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmış ve kadın hastaların toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir, bu araştırma literatür ile benzerlik

göstermektedir [146]. Uysal ve Akpınar'ın diyabetli hastalar ile yapmış olduğu bir çalışmada ise bu araştırma sonuçlarının tersine cinsiyetin hastalık algısı üzerine anlamlı bir katkıda bulunmadığı bildirilmiştir [147]. Bireylerin yaş grupları incelendiğinde; hastalık algısı ölçeği hastalık belirtisi (tipi) alt boyutunda 70 ve üzeri yaş grubun puanlarının daha yüksek olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiş, yaş ilerledikçe bireylerin hastalık belirtisi (tipi) ve sonuçlar düzeyinin daha fazla arttığı, kişisel kontrol ve hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) algılarının ise azaldığı belirlenmiştir. Literatüre baktığımızda; Ayyıldızın'ın çalışmasında yaşın ilerlemesi ile beraber kişisel kontrol ve tedavi kontrol algısının azaldığı, duygusal temsiller algısının arttığı belirlenmiştir [148]. Kayış'ın yapmış olduğu çalışmada yaş ilerledikçe hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı belirlenmiştir [149]. Berber'in yapmış olduğu çalışmada ise yaş değişkeni ile hastalık algısı ölçeğinin alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir [113]. Medeni durum incelendiğinde; evli bireylerin kişisel kontrol alt boyutunda puan ortalamasının daha yüksek olduğu, bekar bireylerin ise süre (akut/kronik) alt boyutunda daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmış, kişisel kontrol ve süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar ile bu araştırma sonuçları paralellik göstermektedir. [148-150].

Bireylerin çalışma durumuna göre hastalık algısı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hastalığı anlayabilme alt boyutunda çalışmayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon hastaları ile yapılan benzer bir çalışmada çalışmayan bireylerin duygusal temsiller, sonuçlar algısı ve süre (döngüsel) algısı çalışan bireylerden yüksek bulunduğu, hastalığı anlayabilme algısının ise tam tersi olarak çalışan bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [148]. Bu durumda çalışmayan bireylerin nörotizm kişilik özelliği puanlarının daha düşük olmasına bağlı olarak kaygı, korku, streslerinin daha az olması hastalıkları ile daha fazla ilgilenip, inceleyici ve araştırmacı bir tutumla hastalıklarının kişisel anlaşılabilirliğinin arttığını göstermektedir.

Araştırmada yer alan bireylerin çalıştığı iş/mesleğe göre bakıldığında; emekli olan bireylerin kişisel kontrol alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bireylerin çalıştığı iş/meslek ile kişisel kontrol arasındaki anlamlı farklılığın memur ve emekli gruplar arasında ve memur ve ev hanımı grupları arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Oktay'ın araştırmasında ev hanımı olanların hastalık belirtisi(tipi) puanlarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir [108]. İzgi'nin çalışmasında ev hanımlarının hastalığın belirtisi (tipi) ile kendi yaşadıkları sorunlar arasında daha fazla bağlantı kurabildikleri sonuçlarına varılmış, emekli olan grubun duygusal temsiller puanı düşük bulunmuştur [151]. Bu araştırma emekli bireylerin kendileri için değerlendirebileceği daha fazla zamana sahip olmaları ve kendilerini daha fazla izlemeyerek “hastalığının seyri bana bağlı”, “yaptığım şeyler hastalığının iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir” algılarının oluşumunda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin sigara kullanım durumu incelendiğinde; sigara kullanmayan bireylerin hastalık algısı ölçeği sonuçlar alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. KOAH tanılı hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların sigara içme durumuna göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sonuçlar ve risk etkenleri alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur [152].

Hastalık algısı kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaşamış olduğu deneyimler, hastalık hakkındaki yorumu ve bu durumu nasıl anladığıdır. Buna bağlı olarak bireylerin tedaviye uyumlarını belirleme önemli bir etkiye sahiptir [153]. Araştırmada tanı süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerin hastalık algısı ölçeği süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalık belirtisi (tipi) alt boyut puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır. Ayyıldız'ın çalışmasında hastalık süresine göre hastalık algısı boyutları puan ortalaması; süre (akut/kronik), duygusal temsiller, sonuçlar ve tedavi kontrol algı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ve hastalık süresi arttıkça süre (akut/kronik), duygusal temsiller, sonuçlar algılarının arttığı belirlenmiştir [148].

Ekenler' in çalışmasında hastalık sürelerine göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları; hastalık belirtisi (tipi), süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu ve hastalık süresi 6 yıl ve üzerinde olanların kişisel ve tedavi kontrol algılarının daha düşük olduğu ve hastalığını anlayamadıkları tespit edilmiştir [152]. Bu sonuçlar tanı süresinin artmasıyla beraber bireylerin tedavilerine yönelik kendilerini kontrol etmedeki başarısının arttığını göstermektedir. Özellikle süre ve sonuç alt boyutundaki puan ortalamalarındaki artış bu bulguyu destekler niteliktedir. Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir [148,153-155]. Hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığa sahip olma durumu incelendiğinde; ek bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin ek kronik hastalığı olmayanlara göre kişisel kontrol puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, ek bir kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarını kontrol edebildiği hakkında pozitif algıya sahip olduğunu göstermektedir. Berber'in yapmış olduğu çalışmada ek kronik hastalığı olma değişkeni ile hastalık algısı alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir [113]. İzgi'nin çalışmasında ise sonuçlar ve süre (döngüsel) puanlarının diyabet dışında kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur [151]. Literatürde yer alan bir başka çalışma ise bu araştırma ile paralellik göstermiş ve hipertansiyon dışında başka kronik hastalığı olan bireylerin kişisel kontrol algısı, tedavi kontrol algısı ve hastalığı anlayabilme algısının yüksek olduğu belirtilmiştir [148].

Bu araştırma diyetine uyan bireylerin, tedavi kontrolü, psikolojik atıflar ve risk faktörleri alt boyutları puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu alt boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Berber' in çalışmasında beslenme hakkında az bilgi sahibi olanların, bu konuda yeterli bilgi sahibi olanlara göre hastalık belirtisi (tipi) algısı daha yüksek; tedavi kontrol algısı daha düşük bulunmuştur [113]. Bu araştırma da diyetine uyum sağlayan bireylerin daha dışadönük bireyler olması iletişime açık bireyler olarak hastalık nedenlerini daha iyi tanımladığı ve tedavi kontrollerini daha etkin sürdürdüklerini düşündürebilir.

Bu araştırma da üç ayda bir kontrole giden bireylerin süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürde yer alan diğer kronik

hastalıklarla ilgili hastalık algısı çalışmalarını incelediğimizde Ekenlerin'in çalışmasında KOAH hastalarında sağlık kontrolünü düzenli yaptırma durumuna göre, düzenli sağlık kontrolü yapmayanların daha fazla hastalık belirtisi (tipi) yaşadığı, hastalığının süre (döngüsel) bir süreci olduğuna ve hastalık nedenlerinin; psikolojik atıflara, risk faktörlerine, bağışıklığa ve kaza şansa bağladıkları sonucuna ulaşılmıştır [152]. İzgi'nin çalışmasında diyabet hastalarında düzenli sağlık kontrollerine göre yılda bir kez doktor kontrolüne gidenlerin tedavi kontrol algısı, üç ayda bir kez doktor kontrolüne gidenlerin hastalığı anlama algılarında anlamlılıklar saptanmıştır [151].

Araştırmaya katılan bireylerin, ilaçlarını her gün düzenli kullanan grupta tedavi kontrolü puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu ilaçlarını her gün düzenli kullanan bireylerin tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu göstermektedir. Ekenler'in KOAH hastaları ile yapmış olduğu çalışmada, ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile bireylerin hastalık belirtisi (tipi) alt ölçeği puanlarının anlamlı olduğunu tespit edilmiştir [152].

Bireylerde oluşan hastalık algısı hipertansiyonun başarılı kontrolünde ve komplikasyonların önlenmesi aşamasında tedaviye uyum üzerinde etkili olan temel etkenlerdendir. Araştırma kapsamında bireylerin tedaviye uyumlarını incelediğimizde;

Bireylerin çalışma durumu ile hipertansiyon tedavisine uyum arasında; çalışan bireylerin görüşme alt boyut puan ortalamasının çalışmayan bireylerden daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgu çalışan bireylerin randevularına daha fazla dikkat ettiği ve hekimlerle görüşmelerini önemsendiğini düşündürebilir. Söylemez'in ve İçyeroğlu'nun hipertansif hastalar ile yapmış olduğu çalışmada bireylerin çalışma durumu ile ilaç tedavisine bağlılık/uyum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [156,136].

Araştırma kapsamına alınan hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin olmayanlara göre medikal skor ve toplam skor puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. Medikal skor ve toplam skor puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılıdır. Hipertansiyon dışında herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerin medikal tedaviye uyum düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna

varılmıştır. Literatürde yer alan Akın ve Tekinemre'nin çalışmalarında ek kronik hastalık varlığının total skor, beslenme skor ve medikal skor puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [157-158]. Literatürde yer alan çalışma sonuçlarından farklı olarak bu araştırmada yer alan bireylerin kişisel kontrol algılarının yüksek olması bireylerin tıbbi tedavilerine önem vermeleri ve dikkat etmelerinde önemli rol oynamış, bu durum bireylerin medikal puanını düşürerek, medikal tedaviye uyumlarının artmasında rol oynadığı düşünülmüştür.

Araştırmada yer alan bireylerin kontrole gitme sıklığına göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor puan ortalamalarının üç ayda bir kez kontrole giden grupta diğer gruplardan daha düşük olduğu ve bu alt boyutlarda puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; Akın'ın çalışmasında bireylerin kontrole gitme sıklığına göre medikal skor arasında anlamlılık bulunmuş [157], Tekinemre'nin çalışmasında total skor ve medikal skor arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır fakat beslenme skoru ile anlamlı ilişki bulunmuştur [158]. Akgül'ün yapmış olduğu çalışma sonucuna göre bireylerin kontrole gitme sıklığının fazla olmasına bağlı olarak tedaviye daha uyumlu oldukları belirlenmiştir [159]. Gün ve Korkmaz'ın çalışmasında ise bu araştırma ve literatürdeki çalışmalardan farklı olarak kontrole gitme sıklığı ile beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır [160].

Çalışmaya katılan bireylerin antihipertansif ilacı düzenli kullanım durumuna göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor ortalamalarının her gün düzenli kullanan grupta diğer gruplardan daha düşük olduğu ve bu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Akın'ın yapmış olduğu çalışmada ilaçların düzenli kullanımı ile medikal, görüşme ve beslenme skorları arasında anlamlılık bulunmuştur [157]. Mert ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların toplam skor ile ilacı kullanım düzeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [161]. Araştırma sonuçları literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Kişilik özellikleri anketi ile hastalık algısı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; bireylerin dışadönüklük özelliği arttıkça hastalık belirtisi (tipi) yani semptomların azaldığı ve hastalık nedenini kaza şansa bağlama algısının azaldığı görülmüştür.



Bireyler durumları ile ilişkilendirdikleri semptomlarda hastalıklarıyla ilgili ilişki kurarlar ve tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla bazı inanış geliştirirler [162]. Bu araştırmadan elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda bireyler semptomlarına yönelik hastalık belirtisi (tipi) üzerindeki değişimin % 3.7'sinde bireylerin kişilik özelliğinin etkisi olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin sosyal ilişkilerde bulunma, girişkenlik, canlılık gibi dışadönüklük özelliği arttıkça hastalıklarına yönelik hastalığın süresi, seyri ve tedavisi gibi kişisel kontrol algısı ve hastalığın kontrol altına alınmasına, tedavinin etkisine olan inancı, iyileşmeye ilişkin tutumu gibi tedavi kontrol algılarının da arttığı araştırma sonucunda saptanmıştır. Hastalık algısını inceleyen araştırmalara göre, hastalığın ilerleyişinin iyi olmasının yüksek içsel kontrol algısı ile ilişkili olduğu bulunmuş ve bireylerin optimum tedavisi için hastalığa yükledikleri anlamın önemini ortaya koymuştur [157]. Araştırmaya katılan bireylerin dışadönüklük puan düzeyi arttıkça, kişisel kontrol ve tedavi kontrol düzeyinin arttığı saptanmış, kişisel kontrol üzerindeki değişimin % 1.7'sinin, tedavi kontrolü üzerindeki değişimin % 6.5'inin kişilik özellikleri ile açıklandığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan bir başka çalışmada bireylerin dışadönüklük özellikleri arttıkça kişisel kontrollerinin de arttığı belirlenmiştir. Araştırma literatürle benzerlik göstermektedir [113].

Nörotizmin tutarlı bir şekilde pasif ve etkisiz başa çıkma mekanizmalarıyla ilişkili olması nörotizmi olumsuz duygudurumu deneyimleme eğilimi olarak tanımlanmakta ve bu yüzden yüksek nörotizm düzeyine sahip olanlar daha fazla kaygı, depresyon, düşmanlık ve öz farkındalık yaşamaktadırlar [163]. Araştırmada nörotizm özellikleri arttıkça bireylerin hastalıklarını süre (akut/kronik) olarak daha kronik algıladıkları belirlenmiş, nörotizm kişilik özelliği arttıkça bireylerin duygusal temsillere ilişkin hastalıktan duygusal etkilenme durumunun (hastalığın ve belirtilerinin kişi üzerinde üzüntü, çöküntü, öfke, endişe, kaygı, korku oluşturma düzeyi gibi) da arttığı saptanmıştır. Bireylerin hastalıkları üzerindeki duygusal temsiller algısına bakıldığında duygusal temsiller üzerinde % 11.7 kişilik özelliklerinin etkisi olduğu belirlenmiştir.

Hastalık algıları hastanın kişilik özelliklerinden etkilenebilir ve birçok kronik hastalıkta bireylerin hastalık algısı hem şikayetlere yatkınlığı hem de sağlığın psikososyal

durumunu etkileyebilir [164]. Bu araştırmada yer alan bireylerde psikotik kişilik özelliği ile duygusal temsiller arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmış, bireylerin psikotizm özelliği arttıkça hastalığa yönelik duygusal temsillerin hastalıkla artan emosyonel etkinin ve negatif duyguların yüksek olduğunu göstermektedir. Ulaşılan bu sonucun kişilik özelliklerinin duygu durumları etkilediği emosyonel ve duygu durumunda meydana gelecek değişikliklerin bir sonucu olarak bu ilişkinin saptandığı düşünülebilir. Fakat yapılan regresyon analizi sonucunda psikotizm kişilik özelliğinin duygusal temsiller üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Bireylerin tedaviye uyumunun merkezinde, hastalık veya tedaviye ilişkin özellikleri yer almakta ve bu faktörler, bireyler ile ilgili değişkenlerle etkileşim halinde olmaktadır [165]. Araştırmaya katılan bireylerin kişilik özelliklerine bakıldığında, dışadönüklük ve nörotizmden elde edilen puanları artıkça, beslenme tedavisine uyumunun arttığı saptanmıştır. Beslenme üzerindeki değişimin % 2.9'unun kişilik özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Beslenme tedavisine uyumda bireylerin rahatlık algısı, benlik saygısı, bireysel algılar, inançlar, tutumlar, motivasyon durumu, endişe ve korku durumları gibi bireysel ve ruhsal kişilik özelliklerinin etkili olduğu düşünölmektedir.

Bu araştırmada yer alan bireylerin dışadönüklük kişilik özellikleri arttıkça bireylerin medikal tedaviye uyum, beslenme tedavisine uyum ve toplam skorlarında negatif yönlü bir ilişki saptanmış puanlarda azalma oldukça bireylerin uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda dışadönük kişilik özelliği taşıyan bireylerin iç kontrol algılarının daha yüksek olması, tedavileri üzerinde daha fazla kontrol sağlamalarının beklenen bir sonucu olarak bireylerde medikal ve beslenme tedavisine uyumlarının daha yüksek olduğu düşünölmüştür. Ayrıca medikal tedavi üzerindeki değişimin %1,6'sında kişilik özelliklerinin etkili olduğu bulunmuştur.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyumuna etkisini saptamak amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyut puan/puan ortalamalarının dağılımını değerlendirdiğimizde;

- Kadınların hastalık algısı ölçeği psikolojik atıflar alt boyut puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu,
- Yaş grubu ile hastalık algısı ölçeği hastalık belirtisi(tipi), kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, sonuçlar, süre(döngüsel) alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark belirlendiği,
- Evli bireylerin kişisel kontrollerinin, bekar bireylerin hastalık süre (akut/kronik) algılarının daha yüksek olduğu,
- Çalışmayan bireylerin hastalığı anlayabilmelerinin daha yüksek olduğu,
- Yüksekokul mezunlarının hastalık belirtisi (tipi) ve duygusal temsillerinin daha yüksek olduğu,
- Emekli olan bireylerin kişisel kontrollerinin daha yüksek olduğu,
- Akrabaları ile yaşayan bireylerin hastalığı süre (akut/kronik) olarak daha kronik algıladığı,
- Eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin hastalığı anlayabilmelerinin daha yüksek olduğu,
- Sigara kullanmayan bireylerin sonuçlar algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin hastalık özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyut puan/puan ortalamalarının dağılımı incelediğimizde;

- Tanı süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerin süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalık belirtisi (tipi) alt boyut puanının diğer gruplardan yüksek olduğu,
- Ek bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin kişisel kontrol daha yüksek olduğu,
- Diyetine uyan bireylerin tedavi kontrolü, psikolojik atıflar ve risk faktörleri alt boyutları puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu,

- Üç ayda bir kontrole giden bireylerin süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu,
- Antihipertansif ilacı düzenli kullanma durumu ile süre (akut/kronik), sonuçlar, tedavi kontrolü puan ortalamalarındaki farkın anlamlı olduğu,
- Psikiyatrik ilaç kullanan bireylerin hastalık belirtisi (tipi) alt boyut puanları, süre (döngüsel) ve psikolojik atıflar alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut puan ortalamalarına baktığımızda;

- Çalışmayan bireylerin görüşme alt boyut puan ortalamasının çalışan bireylerden fazla olduğu saptanmıştır.

Bireylerin hastalık özelliklerine göre Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımını incelediğimizde;

- Hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin medikal skor ve toplam skor puan ortalamasının daha düşük olduğu,
- Kontrole gitme sıklığına göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor puan ortalamalarının üç ayda bir kez cevabını veren grupta daha düşük olduğu,
- Antihipertansif ilacı düzenli kullanım durumuna göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor puan ortalamalarının her gün düzenli cevabını veren grupta daha düşük olduğu,
- Diyete uyum durumuna göre beslenme, medikal, görüşme ve toplam skor ortalamalarının diyetine uyan grupta daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Öneriler;

Bu sonuçlar doğrultusunda hipertansif bireylerde hastalık algısını ve tedavi uyumlarını arttırmak için,

- Hemşirelerin ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin hipertansiyon bakımını sağlamak ve kontrol düzeyini arttırmak için hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerini belirlemeleri,

- Nörotizm kişilik özelliğine sahip anksiyetesi yüksek olan bireylere stres yönetimi konusunda eğitim yapılmasının sağlanması,
- Bireylere sosyal ve psikolojik destek açısından konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi ile gerektiğinde iş birliği yapılması,
- Bireylerin bakım gereksinimlerinin tespit edilerek kişilik özelliklerine göre birey merkezli ve bütüncül olarak bakımın planlanması ve verilmesi,
- Tüm kronik hastalıklarda bireyler hastaneye yattığı andan itibaren hastalık algısının ölçülmesinin standart bir hemşirelik uygulaması olması önerilebilir.



## KAYNAKÇA

1. Erkoç, Y., Yardım N., “Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları”, *Anıl Matbaası*, Ankara, s.18, 2011.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı; Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)”, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın no: 978-975-590-341-5, Ankara,2010.
3. İnternet: TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri  
[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1083](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083) (Erişim Tarihi:25.08.2018).
4. İnternet: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması Özeti-1  
[http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk\\_Hipertansiyon\\_Prevalans\\_Calismasi\\_Ozeti-1.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf) (Erişim Tarihi:15.08.2018).
5. Arici, M., Turgan, C., Altun, B., Sindel, S., Erbay, B., Derici, U., & Caglar, S., “Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study”, *Journal of hypertension*, 28(2), 240-244, 2010.
6. İnternet: Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu  
[http://www.turkhipertansiyon.org/THT\\_Uzlası\\_Raporu\\_Sunumu.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/THT_Uzlası_Raporu_Sunumu.pdf) (Erişim tarihi: 27.08.2018).
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020”, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Anıl Matbaası*, sayı: 2, Ankara, 2015.
8. İnternet: Öngen, Z., “Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon” *Klinik Gelişim*, 18(2):4-7, 2005.  
[http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/cilt18sayi2/02\\_](http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/cilt18sayi2/02_)
9. Atan, G., Yılmaz, Karabulutlu E., “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi”, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 8(1), 2016.
10. Nefs, G., Speight, J., Pouwer, F., Pop, V., Bot, M., & Denollet, J., “Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES–The Netherlands”, *Diabetes research and clinical practice*, 108(1), 94-105, 2015.

11. Baumeister, H, Hutter, N, Bengel, J., “Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression”, *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*, 12, 2012.
12. Kocaman, N., “Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1):101-112, 2008.
13. Frosthholm, L., Christensen, S., Toft, T., Oernboel, E., et al., “The Patients Illness Perceptions and the Use of Primary Health Care”, *Psychosomatic Medicine*, 67(6):997-1005, 2005.
14. Küçük, L., “Diyabetin Ruhsal Boyutu”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*,31(ek sayı),52-56,2015.
15. Baydoğan, M., Dağ, İ., “Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-otonom”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):19-28, 2008.
16. Eysenck, S. B. G., ve Eysenck, H., “Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)”, *London: Hodder & Stoughton*, 1975.
17. Francis, L. J., Brown, L. B., ve Philipchalk, R., “The development of an abbreviated form of the revised eysenck personality questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia”, *Personality and Individual Differences*, 13, 443-449, 1992.
18. Karancı, A.N., Dirik, G., Yorulmaz, O., “Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (EKA-GGK) Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 254-261, 2007.
19. Weinman, J., Petrie, KJ., Moss-Morris, R., Horne, R., “The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness”, *Psychol Health*, 11:431-445, 1996.
20. Kocaman, N., Özkan, M., Özkan, S., Armay, Z., “Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271-280, 2007.
21. Özbayram, A., “Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler”, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2008.

22. Erci, B., Elibol, M., ve Aktürk, Ü., “Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92, 2018.
23. Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe, Kaçar G., Uygur, E., “Hemşirelerin Hemşirelik Model / Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:3, Sayı:3, 2010.
24. Kim, M.T., Hill, M.N., Bone, L.R., Levine, D.M., “Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale”, *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15 (3): 90-6, 2000.
25. Ciddi, S., “Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İzmir, 2010.
26. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu  
[https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3\\_2d304.htm?wbnum=1104](https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_2d304.htm?wbnum=1104) (Erişim tarihi: 02.05.2019)
27. Barçın, C., “What has changed with the new European Society of Cardiology/European Society of Hypertension guideline?”, *Türk Kardiyol Dern Ars.*, 42(1): 1-6, 2014.
28. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei E., Azizi, M., Burnier, M., et al., “ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension”, *European Heart Journal*, 39(33): 3021-3104, 2018.
29. Giles, T.D., Masterson, B.J., Cohn, J.N. ve Kostis, J.B., “Definition and Classification of Hypertension: An Update”, *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(11), 611-614, 2009.
30. Şenuzun, F., Özer, S., “Hipertansiyon ve Bakım”, (Durna, Z. Ed.) ,Kronik Hastalıklar ve Bakım, *Nobel Tıp Kitabevi*, İstanbul, 2012.
31. Badır, A., “Hipertansiyon”, (Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. Ed.), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, *Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara, 2014.



32. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Birliği, “2013 ESH/ESC arteriyel hipertansiyon kılavuzu” *Türk Kardiyol Dern Arş.*, Supply 4:1-72, 2014.
33. Gökçe H., “Hipertansiyon Hastalarının Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye İlişkin Tutumları”, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Edirne, 2019.
34. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği, “Güncel Kılavuzlar Işığında Hipertansiyon.” [www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/HTBulten-Sayi1.pdf](http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/HTBulten-Sayi1.pdf)(Erişim tarihi: 02.05.2019).
35. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA,, “Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults”, *Hypertension*, 71,1269-1324, 2018.
36. Akın, S., “Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım.” Durna Z (Editör), İç Hastalıkları Hemşireliği’nde, *Akademi Yayınevi*, s.179-190, İstanbul, 2013.
37. Karadağ, G., “Kültürel Özelliklerin Kronik Hastalıklara Yansımaları”, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar İçinde, Ovayolu N, Ovayolu Ö (editörler), Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, Genişletilmiş 2 Baskı, *Nobel Tıp Kitabevi*, Adana, 2017.
38. Hollenberg, N.K, “Hipertansiyon”, *Essential Atlas of Heart Diseases (Üçüncü Baskı)*, Kozan Ömer, *Öncü Basımevi*, Ankara, 2009.
39. İnternet: Zungur, M., Yıldız, A., “Hipertansif Hastaya Yaklaşım” 13(8):297-303, *Sted*, 2004. [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr) adresinden alınmıştır.
40. İnternet: Öksüz E., “Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi” 13(3):99104, *Sted*, 2004. [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr) adresinden alınmıştır.
41. Sevinç, S., “Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi”, Ovayolu N, Ovayolu Ö (Editörler), Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları İle Kronik Hastalıklar’da, s.237-42, *Nobel Tıp Kitapevleri*, Adana, 2016.
42. Öztürk, O., “Birinci basamakta sekonder hipertansiyon tanısasal süreci ve tedavi prensipleri”, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 8: 449-452, 2017.

43. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)., “Hipertansiyonda korunma ve tedavi 2017” [https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4\\_18029.htm?wbnum=1106](https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_18029.htm?wbnum=1106). (Erişim Tarihi:25.05.2019).
44. Badır, A., “Hipertansiyon”, Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, s.609-12, *Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara, 2010.
45. İnternet: ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu – *JournalAgent*, 2013. [https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_42\\_80\\_1\\_72.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf) (Erişim Tarihi:12.06.2019).
46. Çakan, F., “Yaşlılarda Hipertansiyon”, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 45(5), 29–31, 2017.
47. Kalyon, S., Uzun, H., Helvacı, A., Yenice, N., “Hipertansiyonun Hiperürisemi İle İlişkisi”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 27(3), 138-143,2011.
48. Uysal, H.B., Yaşar, M.B., Sönmez, H.M., “Aydın’da Sigara İçiminin ve Hipertansiyonla Birlikteliğinin Son 20 Yıldaki Değişimi”, *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği*, 20(2), 54-63, 2016.
49. Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., et al., “Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study) in 2003”, *Journal of Hypertension*, 23(10):1817-23, 2005.
50. İnternet: World Health Organization. “Cardiovascular diseases fact sheet” <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>. (Erişim Tarihi:12.06.2019)
51. Atan, G., “Akupresurun Hipertansiyonu Olan Bireylerde Kan Basıncı ve Hastalığa Bağlı Semptomlara Etkisi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi*, Erzurum, 2019.
52. Onat, A., Can, G., Yüksel H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, N.E., Kaya, A., Altay, S., “Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon”, Onat A (Editör), TEKHARF 2017, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük’te, s.104-119, *Logos Yayıncılık*, İstanbul, 2017.
53. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017” <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> (Erişim Tarihi:15.06.2019).
54. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), “Türkiye Sağlık Araştırması, 2016”

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>. (Erişim Tarihi:15.06.2019).

55. Özpancar, N., “Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları”, *Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing*, 7(1):2-11, 2016.
56. Karadakovan, A., ETİ Aslan, F., “Dahili ve Cerrahi hastalıklarda bakım”, *Akademisyen Kitapevi*, Ankara, 2013.
57. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği, “Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu 2000” <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> (Erişim tarihi: 05.05.2019).
58. Menon, M., Shukla, A., “Understanding hypertension in the light of Ayurveda”, *J Ayurveda Integr Medicine*, s.1-6, 2017.
59. Zengin, N., Ören, B., “İç hastalıkları ve Kadın Sağlığı”, *Nobel Tıp Kitabevleri*, 2018.
60. Bell, K., Twiggs, J., Olin, BR., Date, IR., “Hypertension: The silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations”, *Alabama Pharm Assoc*, ss: 1-8, 2015.
61. İçyeroğlu, G., “Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Elazığ, 2012.
62. Ünsal, B., “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Kayseri, 2013.
63. Teke, N., “Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri”, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2016.
64. Karadakovan, A., & Aslan, F. E., “Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım”, *Nobel Kitapevi*, Adana, 2011.
65. Guidelines Subcommittee of the World Health Organization, “World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension”, *J Hypertens*, 17:151-83, 1999.
66. Whitword, A., “A World Health Organization (WHO) /International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension”, *J Hypertens*, 21: 1983-1992, 2003.

67. İnternet: TEMD, “Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu”  
[http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_gruplar/20180525144116-2018-0525tbl\\_gruplar144115](http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-0525tbl_gruplar144115) (Erişim Tarihi:19.04.2019).
68. Turan, N., Öztürk, A., Kaya, N., “Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1):93-8, 2010
69. Efe, D., Akça, N., Kiper, S., Aydın, G., Gümüş, K., “Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler”, *Spatula DD.*, 2(4), 207-212, 2012.
70. Jones, DW., King, DS., Wofford, MR., “Hypertension Pearls”, Müjdat Yenicesu, *Öncü Basımevi*, s.179, Ankara, 2006.
71. Karaman, O., “Bölgemizde Hipertansiyon Kontrol Oranları ve Buna Etki Eden Bazı Demografik Özellikler”, *Uzmanlık Tezi*, 24, Konya, 2011.
72. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu, Türk Kardiyol Dern Arş - *Arch Turk Soc Cardiol*, 43(4):402–409 , 2015.
73. Kılıç, T., Üstü, Y., “Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması”, *Ankara Medical Journal*, 12(4), 205-213, 2012.
74. Kaya, A., Gedik, V., Bayram, F., Bahçeci, M., “Hipertansiyon Tanı ve Tedavi, In: Obezite, Dislipidemi”, *Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi (5. Baskı)*, BAYT Bilimsel Araştırmalar, 9-49, Ankara, 2011.
75. Kolcu, M., “Hipertansiyonu Olan Yaşlılara Yönelik Eğitimin Yaşam Kalitesi, İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi”, *Marmara Üniversitesi, Doktora Tezi*, İstanbul, 2016.
76. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., Backer, D.E., Dominiczak, A., Galderisi M., Grobbee DE., Jaarsma, T., Kirchhof, P., Kjeldsen SE., Laurent S., Manolis, AJ., Nilsson, PM., Ruilope LM., Schmieder RE., Sirnes PA., Sleight PA., Viigimaa M., Waeber B., Zannad F., “2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)”, *European Heart Journal*, 34(28), 2159-2219, 2013.

77. Gün, Y., “Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Isparta, 2012.
78. Çelik, C., Özdemir, B., “Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar”, *Current Approaches In Psychiatry* , 2(1):5265, 2010.
79. Martins, D., Norris,, K., Podymow T., August, P., “Yüksek Riskli Gruplarda Hipertansiyon, In: Nefroloji ve Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi” Sayarlıoğlu H, *Güneş Tıp Kitapevi*, 374, 2012.
80. Özer, A., “Türkiye” de Nuts TR 5 Bölgesinde Esansiyel Hipertansiyon Tedavisinde Sosyal Güvenlik Kurumu Açısından İlaç Kullanımı ve Tedavi Maliyetinin Retrospektif Veri Tabanı Analizi”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, 14, 2014.
81. James, PA., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison, C., Handler, J., et al., “EvidenceBased Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)”, *JAMA*, 311(5), 507-520, 2014.
82. Dönmez, İ., Memioğlu, T., Erdem, F., “Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi”, *European Journal of Health Sciences*, 1(1), 49-53, 2015.
83. Sonkaya, B., “Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Sıklığının Değerlendirilmesi”, *Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir, 2018.
84. Erdoğan, D., “Antihipertansif ilaç seçimi”, *Hipertansiyon Haber Bülteni*, 1(1):12-13, 2014.
85. Ertaş, FS., “Antihipertansif kombinasyon tedavisi”, *Hipertansiyon Haber Bülteni* 1(1):14-15, 2014.
86. Aksakal, E., “Özel hasta gruplarında hipertansif yaklaşım”, *Hipertansiyon Haber Bülteni*, 1(1):16-19, 2014.
87. Schols, H., “Kalsiyum kanal blokerlerinin farmakolojik yönleri”, *Kardiyovask İlaçlar Ther*, 10: 869-72, 1997.

88. Mohamed, S., Serry, Z., “Laser versus reflexology on kidney functions in patients with hypertension enrolled under dash diet”, *Int J Pharm Tech Res*, 9: 102-107, 2016.
89. Güven, ŞD., Muz G., Efe Ertürk, N., Özcan, A., “Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu”, *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, 2:160-166, 2013.
90. Şimşek, M., Şerif, T., Akgemci., A, Çelik., “Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış”, *Nobel Yayın Dağıtım*, Ankara, 2001.
91. Sevi, E.S., “Psikobiyolojik kişilik modeli ve beş faktör kişilik kuramı: Mizaç ve karakter envanteri ile (TCI) beş faktör kişilik envanterinin (5FKE) karşılaştırılması”, *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik (Uygulamalı) Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2009.
92. Köknel, Ö., “Kaygıdan Mutluluğa Kişilik”, 17.Basım, *Akdeniz Yayıncılık*, İstanbul, 2005.
93. Türküm, A.S., “Çağdaş Yaşamda Kişilik ve Kişilerarası İlişkiler”, *A.Ö.F. Yayınları*, Ünite 8, 2004.
94. Davies, SJ., Ghahramani, P., Jackson, PR., Hippisley-Cox, J., Yeo, WW., Ramsay, LE., “Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension--a case-control study”, *J Hypertens*, 15:1077-1082, 1997.
95. Ruthledge, T., Hogan, BE., “A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development”, *Psychosom Med*, 64:758-766, 2002.
96. Cameron, OG., “Anxious-depressive comorbidity: Effects on HPA axis and CNS noradrenergic functions”, *Essent Psychopharmacol*, 7:24-34, 2006.
97. Everson, SA., Goldberg, DE., Kaplan, GA., Julkunen, J., Salonen, JT., “Anger expression and incident hypertension”, *Psychosom Med*, 60:730-735, 1998.
98. Zhang, J., Niaura, R., Todaro, JF., McCaffery, JM., Shen, BJ., Spiro A 3rd., et al., “Suppressed hostility predicted hypertension incidence among middle-aged men: the normative aging study”, *J Behav Med*, 28:443-454, 2005.
99. Diamond, EL., “The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease”, *Psychol Bull*, 92: 410-433, 1982.

100. Çevik, A., “Özgül Psikosomatik Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı”, (Eds. C Güleç, E Köroğlu), *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 1998.
101. Armay, Z., “Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji/Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2006.
102. Ibrahim, N., Desa, A., Chiew-Tong, NK., “Illness perception and depression in patients with end stage renal disease on chronic haemodialysis”, *The Social Sciences Medwell Journals*, 6(3), 221-226, 2011.
103. Chilcot, J., “The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes”, *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59–64, 2012.
104. Kocaman Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz Karabulutlu, E., Karahisar, F., Özkan, S., “Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: çok merkezli bir çalışma”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 252-259, 2013.
105. Pagels, AA., Klang Söderquist, B., Heiwe, S., “Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease”, *Journal of Renal Care*, 41(3), 146–155, 2015.
106. Ibrahim N., Chiew-Tong, NK., Desa, A., “Illness perception and healthrelated quality of life among haemodialysis patients”, *Pertanika J. Soc. Sci. & Hum.*, 19(S):173–181, 2011.
107. Yılmaz Karabulutlu, E., Okanlı, A., “Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4):25–31, 2011.
108. Oktay, AA., “Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri”, *Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Şanlıurfa, 2011.
109. Akkoyunlu, C., “Tip II Diyabet Mellit ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Ankara, 2012.

110. Schein, LA., Bernard, HS., Spitz, HI., “Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques”, Muskin PR. (Ed.), *Brunner-Routledge*, New York, 2003
111. Juniper, E., “How important is quality of life in pediatric asthma?”, *Pediatr Pulmonol Suppl.*, 15:17–21, 1997.
112. Çapoğlu, B., “Hemodiyaliz Hastalarında Başa Çıkma Tarzı, Benlik Saygısı ve Kontrol Odağının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2008.
113. Berber, T., “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Hastalık Algısı Ve Kişilik Özellikleri”, *Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2014.
114. Hill, M., Miller, NH., “Antihipertansif Tedaviye Uyum. Primer Hipertansiyon” Ed. İzzo JL, Black HR., Çev.ed. Kazancı G., 3. Baskı, *Nobel kitapevi*, İstanbul, 2004.
115. The JNC 7 Report, “Sevent Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure”, *The Journal of the American Medical Association*, 289 (19): 2560-2572, 2003.
116. Hacıhasanoğlu, R., “Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler”, *TAF Prev Med Bull*, 8(12):167-172, 2009.
117. Coleman, DJ., “Medication compliance in the elderly. *Journal of Community Nursing*”, 19(8): 4-6, 2005.
118. Ren, XS., Kazis, LE., Lee, A., Zhang, H., Miller DR., “Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications”, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27: 47-56, 2002.
119. Lagi, A., Rossi, A., Passaleva, MT., Cartei, A., Cencetti, S., “Compliance with therapy in hypertensive patients”, *Intern Emerg Med*, 1(3): 204-208, 2006.
120. Clark, LT., Afflu, E., “Antihypertensive therapy: Factors affecting medication compliance and blood pressure control”, *American Journal of Managed Care*, 1(3): 289-294, 1995.
121. Düsing, R., “Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension”, *Current Medical Research and Opinion*, 8(22): 1545-1552, 2006.



122. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu”, Ulusal Hipertansiyon Kontrol Programı, Birinci Baskı, Ankara, 1999.
123. Lindholm, LH., “The problem of uncontrolled hypertension”, *Journal of Human Hypertension*, 16: 3-8, 2002.
124. Burnier, M., “Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. American Journal of Hypertension”, 19(11): 1190-1196, 2006.
125. Graves, JW., “Management of difficult to control hypertension”, *Mayo Clinic Proceedings*, 75(3): 278-284, 2000.
126. Katsi, V., Kallistratos, M., Koutoungelos, K., Sakkas, P., Souliotis, K., Tsifioufis, C., Nihoyannopoulos, P., Papadimitriou, G., Tousoulis, D., “Arterial Hypertension and Health Related Quality of Life”, *Frontiers in Psychiatry*, 8, 270, 2017.
127. Bakoğlu, E., Yetkin, A., “Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1): 41-49, 2000.
128. Chalmers, J., Stephen, MacMahon., Giuseppe Mancia and Judith Whitworth, with assistance from Laurie Beilen, Lennart Hansson, Bruce Neal, Anthony Rodgers, Cliona Ni Mhurchu and Taane Clarkl, “World Health Organization - International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension”, *J Hypertens*, 17: 151-185, 1999.
129. Hacıhasanoğlu, R., “Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12):153-164, 2009.
130. Aypak, C., Önder, Ö., Dicle, M., Yıkılkan, H., Tekin, H., Görpelioğlu, S., “Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Kontrol Düzeylerinin ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi”, *Cukurova Medical Journal*, 38(2), 224-232, 2013.
131. Himmelfarb, CRD., Mensah, YC., “Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally”, *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253, 2016.

132. Silva, S.S.B.E., Oliveira, S.F.S.B., Pierin, A.M.G., “The Control of Hypertension in Men and Women: A Comparative Analysis”, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 50-8, 2016.
133. Katende, G., Becker, K., “Nurse-Led Care Interventions for High Blood Pressure Control: Implications for Non-Communicable Disease Programs in Uganda”, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 4, 28-41, 2016.
134. İnternet: Nurses’ Association of Ontario, “Nursing Management of Hypertension”, 2005  
[http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Nursing\\_Management\\_of\\_Hypertension.pdf](http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf)  
adresinden alınmıştır. (27.06.2019)
135. Akın, S., “Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım”, (Durna, Z.Ed.) İç Hastalıkları Hemşireliği, *Akademi Basın ve Yayıncılık*, İstanbul, 2013.
136. Kara Söylemez, G., “Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri İle Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki”, *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzincan, 2018.
137. Katz, Y., J., ve Francis, L., J., “Herbrew revised Eysenck Personality Questionnaire: Short Form and Abbreviated form (EPQR-A)”, *Social Behavior and Personality*, 28: 5 55-560, 2000.
138. Weinman, J., Petrie, KJ., Moss-Morris, R., Horne, R., “The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness”, *Psychol Health*, 11:431-445, 1996.
139. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, KJ., Horne, R., Cameron, LD., Buick, L., “The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)”, *Psychol Health*, 17:1-16, 2002.
140. Karademir, M., Köseoglu, I.H., Vatansever, K., Van Den Akker, M., “Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone Compliance to HIGH blood Pressure Therapy Scale for use in primary health care settings”, *The European Journal of General Practice*, 15(4), 207-211, 2009.
141. Shapiro, AP., “Psychological factors in hypertension: An overview”, *Am Heart J*, 116: 632-637, 1988.

142. Nilsson, LV., “Personality changes in the aged. A transectional and longitudinal study with the Eysenck Personality Inventory”, *Açta Psikiyatri Scand*, September;68 (3): 202-11, 1983.
143. Buchman, AS , Boyle, PA , Wilson, RS , Leurgans, SE , Arnold, SE , Bennett, DA., “Neuroticism, Extraversion, and Motor Function in Community-Dwelling Older Persons, American Journal of Geriatric Psychiatry”, *Publish Ahead of Print*, Baskı Sayısı: 1064-7481, January 10th, 2012
144. André, M., Lissner, L., Bengtsson, C., Hällström, T., Sundh, V., Björkelund, C., “Cohort differences in personality in middle-aged women during a 36-year period, Results from the Population Study of Women in Gothenburg”, *Scand J Public Health.*, Jul;38(5):457-64, 2010.
145. Tunç, E., Aliyev, R., “Lisansüstü Öğrencilerinin Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi”, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 14(4):949-963,2015.
146. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., Soylu, G., 2‘Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2(2): 367-387, 2013.
147. Uysal, Y., Akpınar, E., “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon”, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1):31-40, 2013.
148. İşcan Ayyıldız, N., “Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum,2016.
149. Kayış, A., “Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri”, *Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2009.
150. Gündüz, F., “Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2014.
151. İzgi, C., “Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Isparta, 2014.

152. Ekenler, Ş., “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı Ve İlişkili Faktörler”, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2017.
153. Altıok, M., “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve ilaç Uyumluları Arasındaki ilişki”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, 2014.
154. Akgüç, N., “Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlularının Değerlendirilmesi”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2013.
155. Kepenek, B., “Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Hastalık Algısı Arasındaki İlişki”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2014.
156. İçyeroğlu, G., “Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Kalitesi”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Elazığ, 2012.
157. Akın, Z., “Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep, 2017.
158. Tekinemre, I.G., “Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, *Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*, Malatya 2018.
159. Akgül, C., “Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Uyumun Değerlendirilmesi”, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2008.
160. Gün, Y., Korkmaz, M., “Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108, 2014.
161. Mert, H., Özçakar, N., Kuruoğlu, E., “A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension”, *Türk Aile Hek Derg*,15(1):7-51, 2011.

162. Petrie, JK, Weinman, J., “Why illness perceptions matter”, *Clin Med*, 6(6):536–539, 2006.
163. Ekşi, H., “Üniversite Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri ile Başa Çıkma Tarzları: Kanonik Korelasyonel Bir Analiz”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, s.2147,2010.
164. Goetzmann, L., Scheuer, E., Naef, R., Klaghofer, R., Russi, EW., Buddeberg, C., Boehler, A., “Akciğer nakli sonrası 50 hastada kişilik, hastalık algısı ve akciğer fonksiyonu (FEV1).”, *Psikosoc Med*, 2: Doc06,2005.
165. Kara, B., “Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 49: 132-136, 2007.

## **EKLER**

### **EK -1: ANKET FORMU**

#### **Sosyo-Demografik Özellikler**

1. Cinsiyetiniz nedir?

1)Kadın      2)Erkek

2. Kaç yaşındasınız..... ?

3. Medeni durumunuz nedir?

1) Evli      2) Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

1) Okuryazar değil    2) Okur yazar    3) İlköğretim mezunu    4) Lise mezunu

5) Yüksekokul ve Üniversite mezunu

5. Çalışıyor musunuz?

1) Evet      2) Hayır (Hayır ise 7. Soruya geçiniz.)

6. Çalışıyorsanız İşiniz/ Mesleğiniz nedir?.....

1. İşçi    2. Memur    3. Serbest meslek    4. Emekli    5. Ev hanımı    6.Diğer ...

7. Size göre gelir durumunuz nedir?

1) Gelirim giderimden az    2) Gelirim giderime denk    3) Gelirim giderimden fazla

8. Nerede yaşıyorsunuz?

1)İl    2) İlçe    3) Köy

9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1)Yalnız    2)Eşiyle    3)Eşi ve çocukları    4)Çocuğun yanında    5)Akrabaları ile  
6)Kurum

10. Sigara kullanıyor musunuz?

1) Evet      2)Hayır

## Hastalığa İlişkin Özellikler

11) Kaç aydır\yıldır hipertansiyon hastası/sınız.....?

12)Hipertansiyondan başka kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2.Hayır (Hayır ise 14. Soruya geçiniz)

13. Hipertansiyon haricinde başka hastalığınız nedir?

14) Hipertansiyon için ne sıklıkla kontrole gidersiniz?

1.Ayda bir 2. Üç ayda bir 3. Altı ayda bir 4. Yılda bir 5.Hiç gitmem

15) Tansiyonunuzu hangi sıklıkla ölçüyorsunuz?.....

16) İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?

1. Her gün düzenli 2. Haftada birkaç kez almam 3. Bazen ilaç alırım 4.Hiç almam

17) Hipertansiyona ilişkin diyet yapıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3.Kısmen

18)Depresyon, ansiyete veya diğer psikolojik hastalığa sahip misiniz?

1.Evet 2. Hayır

19)Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? (Antidepresan, antipsikotik )

1.Evet .....

2.Hayır

## EK-2 EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ (EPQR-A)

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu 'Evet' yada 'Hayır'ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

---

1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?  
Evet Hayır

2. Konuşkan bir kişi misiniz?  
Evet Hayır

3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?  
Evet Hayır

4. Oldukça canlı bir kişi misiniz?  
Evet Hayır

5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak ağgözlülük yaptığınız oldu mu?  
Evet Hayır

6. Garip yada tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?  
Evet Hayır

7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz birşeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?  
Evet Hayır

8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?  
Evet Hayır

9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hisseder misiniz?  
Evet Hayır

10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?  
Evet Hayır

11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?  
Evet Hayır



12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?

Evet Hayır

14. Kaygılı bir kişi misiniz?

Evet Hayır

15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?

Evet Hayır

16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?

Evet Hayır

17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?

Evet Hayır

18. Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?

Evet Hayır

19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?

Evet Hayır

20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?

Evet Hayır

21. Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?

Evet Hayır

22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?

Evet Hayır

23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?

Evet Hayır

24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?

Evet Hayır

## EK-3: HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

44

### FORMLAR

#### HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

#### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	<i>Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığınızla ilgili</i>		
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulanti	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

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln 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 bezen 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

Sizece 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.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
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 hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.



## EK-4 HİLL-BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM SKALASI

Ne sıklıkla....

1.Tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

2.Tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 11. soruyu da cevaplayın)

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

3.Tuzlu besinler yiyorsunuz?( hiçbir zaman dışında cevap varsa 12. soruyu da cevaplayın)

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

4.Yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

5.Hazır(abur cubur) yemek yersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

6.Doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

7.Randevularınızı kaçırmıyorsunuz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

8.Reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

9.Tansiyon ilaçsız kalırsınız? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 13. soruyu da cevaplayın)

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

10.Doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlarsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

11.Kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

12.Kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

13.Başkalarını tansiyon ilaçlarından alırsınız?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

14.Dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?

Hiçbir zaman  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman



## **Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Araştırmanın Adı: Hipertansiyon tanısı almış bireylerde kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedavi uyumuna etkisi

Nevşehir İlinde yaşayan Hipertansiyon tanısı almış bireylerde kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedavi uyumuna etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak tamamen kişinin kendi isteğine bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır.

Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır.

### **Katılımcı Onam Formu:**

Araştırmaya ilişkin gerekli açıklamalar yapılmış olup hiçbir baskı olmaksızın kendi isteğimle katıldığımı beyan ederim.

### **Katılımcının adı soyadı ve imzası:**

**Sorumlu Araştırmacı:** Canan YILDIRIM



## EK-5 NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ETİK KURUL İZİN BELGESİ

T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KURUL KARARI

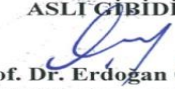
**Karar Tarihi: 27.09.2018**

**Toplantı Sayısı: 11**

**Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Canan YILDIRIM'ın "Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerde Kişilik Özelliklerinin, Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi" isimli tez çalışma projesi hakkında Fen Bilimleri Enstitüsünden alınan 25.09.2018 tarih ve 21091 sayılı yazının görüşülmesi.**

**2018.11.137.** Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Canan YILDIRIM'ın "Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerde Kişilik Özelliklerinin, Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi" isimli tez çalışma projesi hakkında Fen Bilimleri Enstitüsünden alınan 25.09.2018 tarih ve 21091 sayılı yazı görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda, Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ'un üstlendiği Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Canan YILDIRIM'ın "Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerde Kişilik Özelliklerinin, Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi" isimli tez çalışma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLİ GİBİDİR  
  
Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK  
Rektör Yardımcısı (Başkan)

## EK-6 NEVŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

 T.C. Sağlık Bakanlığı	<p>T.C. NEVŞEHİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü</p>	<p>NEVŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - NEVŞEHİR HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ 07/12/2018 20:23 - 55831188 - 604.02 - E.862</p>  00082520799
Sayı : 55831188-604.02 Konu : Bilimsel Araştırma İzni		
<b>NEVŞEHİR VALİLİĞİ</b>		
<p>Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı Nevşehir Devlet Hastanesinde, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 29231041248 T.C Kimlik Numaralı Canan YILDIRIM' ın "<i>Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi</i>" konulu araştırma talebi, Bilimsel Araştırma Komisyonumuzca incelenmiş olup, araştırma yapılması uygun görülmüştür.</p>		
Olurlarınıza arz ederim		
<p><b>Uygun görüşle arz ederim.</b> .../.../2018 e-imzalıdır. Aydın ABAK Vali Yardımcısı</p>		<p>e-imzalıdır. Dr.Rahim ÜNLÜBAY İl Sağlık Müdürü</p>
	<p><b>OLUR</b> .../.../2018 e-imzalıdır. İlhami AKTAŞ Vali</p>	
<p><b>EKLER:</b> Bilimsel araştırma protololu Komisyon Kararı</p>		
<p>NEVŞEHİR HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ Faks No: e-Posta:kamil.koc1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:</p>		<p>Bilgi için:Kamil KOÇ Unvan:TIBBİ SEKRETER Telefon No:03842153311-210</p>
<p>Evrakın elektronik imzalı suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden ebe60a73-aff8-44f1-8d38-4026ae1727dd kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</p>		

## EK-7 EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ-KISALTILMIŞ FORMU KULLANIM İZİNİ

### Ölçek İzin İsteği

2 ileti

Canan YILDIRIM <cananyldrm38@gmail.com>  
Alıcı: "karanci@metu.edu.tr" <karanci@metu.edu.tr>

7 Ağustos 2018 23:45

Sayın Nuray KARANCI

Merhabalar Hocam

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ ile birlikte bir çalışma planlamaktayız. Tezim de sizin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğunuz 'Eysenck Kişilik Anketi - Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu' nu kullanmak istiyorum. Bu ölçeğin kullanımı için sizden izin istiyorum, rica etsem ölçeği ve ölçeğin değerlendirmesini bana gönderebilir misiniz. Teşekkürler..

Saygılarımla

Canan YILDIRIM

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi



Virüs bulunmuyor. [www.avast.com](http://www.avast.com)

karanci@metu.edu.tr <karanci@metu.edu.tr>  
Alıcı: Canan YILDIRIM <cananyldrm38@gmail.com>

9 Ağustos 2018 13:47

Merhabalar,  
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Ekte yolluyorum.  
İyi çalışmalar,  
Nuray Karancı

## EK-8 HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

### Ölçek İzin İsteği

3 ileti

Canan YILDIRIM <cananyldrm38@gmail.com>  
Alıcı: "mail@zeyneparmay.com" <mail@zeyneparmay.com>

31 Temmuz 2018 21:06

Sayın Zeynep ARMAY

Merhabalar Hocam

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ ile birlikte bir çalışma planlamaktayız. Tezim de sizin ' Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ' başlıklı çalışmanızda ki ' Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ' ni kullanmak istiyorum. Bu ölçeğin kullanımı için sizden izin istiyorum, rica etsem ölçeği ve ölçeğin değerlendirmesini bana gönderebilir misiniz. Teşekkürler..

Saygılarımla

Canan YILDIRIM

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi



Virüs bulunmuyor. [www.avast.com](http://www.avast.com)

Zeynep Armay <info@zeyneparmay.com>  
Alıcı: Canan YILDIRIM <cananyldrm38@gmail.com>

31 Temmuz 2018 22:09

Merhaba,  
Memnuniyetle kullanabilirsiniz. Ölçeğin orijinal sitesinde tüm açıklamalar mevcuttur, Kolaylıklar dilerim,

Dr. Zeynep Armay  
Klinik Psikolog/Psikoöknolog

[www.zeyneparmay.com](http://www.zeyneparmay.com)  
[mail@zeyneparmay.com](mailto:mail@zeyneparmay.com)

Prof. Orhan Ersek Sokak. Ferah Apt. No: 35 D:2 Nişantaşı

Tel: [0212- 2305848](tel:0212-2305848)

## EK-9 HİLL BONE HT TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

### Ölçek Kullanım izni

7 ileti

**canan yıldırım** <cananyldrm38@gmail.com>  
Alıcı: melekgenpr@yahoo.com

7 Ağustos 2018 20:00

Sayın Melek KARADEMİR

Merhabalar Hocam

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ ile birlikte bir çalışma planlamaktayız. Tezim de "Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği" ni kullanmak istiyorum. Bu ölçeğin kullanımı için sizden izin istiyorum, rica etsem ölçeği ve ölçeğin değerlendirmesini bana gönderebilir misiniz. Teşekkürler..

Saygılarımla

Canan YILDIRIM

**Melek Karademir** <melekgenpr@yahoo.com>  
Alıcı: canan yıldırım <cananyldrm38@gmail.com>

9 Ağustos 2018 14:12

Canan hanım merhaba,  
Tez çalışmanız için ölçek kullanım izni istemişsiniz. Tabii ölçeği kullanabilirsiniz. Yıllık izin nedeniyle bilgisayarımdan ve dökümanlardan uzak olduğum için size ölçeği ancak bu hafta sonu yollayabileceğim.  
Bilgi vermek istedim.  
İyi çalışmalar,  
Melek Karademir

iPhone'umdan gönderildi

## ÖZGEÇMİŞ

Canan YILDIRIM 1994 yılında Kayseri’de doğdu. İlk, orta ve Lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2013’te Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2013 yılında Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu’na yatay geçiş yaptı. 2017 yılında mezun oldu ve 2019 yılında Kayseri Şehir Hastanesinde Hemşire olarak çalışmaya başladı. 2017 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans öğrenimine başladı ve Kayseri Şehir Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire olarak çalışmaktadır.

Adres: Ziya Gökalp Mahallesi, Birkent Siteleri A blok No:1 Kocasinan/KAYSERİ

Telefon: 0 539 641 78 93

e-posta: cananyldrm38@gmail.com