

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA
HASTALIK ALGISININ YAŞAM DOYUMUNA
ETKİSİ**

Neşe İŞCAN AYYILDIZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç .Dr. Seher ERGÜNEY**

Yüksek Lisans Tezi – 2016

**TC.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA HASTALIK
ALGISININ YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ**

Neşe İŞCAN AYYILDIZ

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

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY**

**ERZURUM
2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON HASTALARINDA HASTALIK
ALGISININ YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ

Neşe İŞCAN AYYILDIZ

Tez Savunma Tarihi : 28.10.2016

Tez Danışmanı : Yrd. Doç Dr. Seher ERGÜNEY (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Elanur KARABULUTLU YILMAZ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Fatma GENÇ (Giresun Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kan Basıncı	5
2.2. Hipertansiyon	5
2.3. Hipertansiyonun Önemi	5
2.4. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	6
2.5. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi	6
2.6. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	7
2.6.1. Hipertansiyonun Etiyolojisine Göre Sınıflandırılması	7
2.6.2. Hipertansiyonun Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırılması	8
2.6.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırılması.....	9
2.7. Hipertansiyonun Belirtileri.....	9
2.8. Hipertansiyonun Risk Faktörleri	9
2.8.2. Önlenemeyen/Müdahale Edilemeyen Risk Faktörleri	10
2.9. Hipertansiyonun Tanısı	10
2.10. Hipertansiyonun Tedavisi	10
2.10.1. Farmakolojik Tedavi (İlaç Tedavisi)	10
2.10.2. Non-Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları	10
2.11. Hipertansiyona Bağlı Komplikasyonlar	11
2.12. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	11
2.13. Hastalık Algısı Tanımı	12
2.13.1. Hastalığın Kimliği.....	13
2.13.2. Hastalığın Nedenleri	13
2.13.3. Hastalığın Süresi	13
2.13.4. Hastalığın Tedavi ya da Kontrol Edilebilirliği	14
2.13.5. Hastalığın Sonuçları.....	14
2.14. Yaşam Doyumu Tanımı	14
2.15. Hastalık Algısı ve Yaşam Doyumunda Hemşirenin Rolü.....	15

3. MATERYAL VE METOT.....	18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	19
3.5.1. Veri Toplama Araçları	19
3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	68
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	69
EK-3. HASTANE İZİN FORMU	70
EK-5. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ.....	73
EK-6. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ.....	76
EK-7. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ İZİN FORMU	77
EK-8. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ İZİN FORMU	78

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY'e en derin saygı ve őükranlarımı sunarım.

Çalıőmam sürecinde bilgi ve tecrübelerinden faydalanmama imkan sunan kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Elanur KARABULUTLU YILMAZ'a, araőtırmamın uygulanmasına izin veren hastane yönetimlerine ve araştırma verilerini topladığım hipertansiyonlu hastalara, verilerin toplanmasında yardımını esirgemeyen Artvin Devlet Hastanesi Kardiyoloji polikliniği ekiplerine, yol gösteren fikirleriyle desteğini esirgemeyen Artvin Çoruh Üniversitesi çalışma arkadaşlarıma, yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen başta annem, babam ve eőim olmak üzere sevgili aileme tüm kalbimle teşekkür ederim...

Neşe İŞCAN AYYILDIZ

ÖZET

Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi

Amaç: Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının yaşam doyumuna etkisini ve bunları etkileyen faktörleri belirleyebilmek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini Artvin Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran en az 6 ay süreyle hipertansiyon tanısı almış olan hipertansif hastalar oluşturdu. Örneklemi; bu hastalar içerisinde Kasım 2015 – Nisan 2016 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 243 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında; hasta tanıtım formu, hastalık algısı ölçeği ve yaşam doyumunu ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tek yönlü ANOVA testi ve Student t test, Kruskal-Wallis, Mann Whitney-U ve Spearmans korelasyon testleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastalık algısının alt boyutlarından olan hastalık belirtisi boyutlarının puan ortalaması 3.17 ± 2.16 , hastalık hakkındaki görüşleri boyutlarının puan ortalaması; kişisel kontrol 21.59 ± 3.22 , süre (akut/kronik) 22.85 ± 4.86 , duygusal temsiller 16.36 ± 4.96 , hastalığı anlayabilme 18.94 ± 3.30 , sonuçlar 15.39 ± 4.51 , tedavi kontrolü 18.61 ± 2.57 , süre (döngüsel) 12.76 ± 2.59 , hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalaması; psikolojik atıflar 19.69 ± 4.87 , risk faktörleri 18.57 ± 3.97 , bağıışıklık 6.70 ± 2.15 , kaza ve şans 4.28 ± 1.58 olarak saptandı. Yaşam doyumunu ölçeğinin puan ortalaması ise 21.81 ± 6.33 olarak bulundu. Bununla birlikte, kişisel kontrol, süre (A/K), duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme, sonuçlar, tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) puan ortalamaları ile yaşam doyumunu ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutunun yaşam doyumunu etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hastalık Algısı, Hemşirelik, Hipertansiyon, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

The Effects of Illness Perception on Life Satisfaction in Patients with Hypertension

Aim. The perception of the disease in patients with hypertension was conducted to determine affecting factors and the effect on life satisfaction.

Material and Method. Universe of the research is the hypertensive individuals who have admitted to cardiology outpatient clinic of the artvin state hospital and have received a diagnosis of hypertension for at least 6 months. Sample: in these patients who have admitted to the cardiology clinic between november 2015 april 2016 and created 243 patients who met the acceptance criterias and accepted to participate in the research study. The data were collected with using patient information form, disease perception scale and life satisfaction scale. Evaluation of the data; One-way ANOVA and Student's t test, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney-U and Spearmans correlation tests were evaluated.

Results. The average point and standard deviations of symptom dimensions which are the subscales of illness perception were 3.17 ± 2.16 , the average points and standard deviations of their opinion dimensions about the disease; personal control were 21.59 ± 3.22 , timeline (acute/ chronic) were 22.85 ± 4.86 , emotional representations were 16.36 ± 4.96 , illness perception were 18.94 ± 3.30 , results were 15.39 ± 4.51 , treatment control were 18.61 ± 2.57 , timeline cyclical were 12.76 ± 2.59 , the average points and standard deviations of the reason dimensions of the illness; psychological attributions were 19.69 ± 4.87 , risks factors were 18.57 ± 3.97 , immunity were 6.70 ± 2.15 , accident & chance were 4.28 ± 1.58 . The mean score of life satisfaction was found to be 21.81 ± 6.33 scale. Between average life satisfaction scale scores. However, personal control, time (ASK), emotional representations, to understand the disease, results, treatment control period (cyclic) and a significant association between mean scores on the life satisfaction scale mean score found ($p > 0.05$).

Conclusion. It was determined that the illness type subscale of the illness perception scale affects life satisfaction.

Key words. Illness Perception, Nursing, Hypertension, Life Satisfaction,

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BKİ** : Beden Kütle İndeksi
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- DASH** : Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımları)
- HAÖ** : Hastalık Algısı Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. JNC VII Kılavuzuna Göre KB Sınıflaması	8
Tablo 2.2. ESH/ESC Kılavuzuna Göre Hipertansiyon Sınıflaması	8
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	27
Tablo 4.4. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Alt Boyutu Bulgularının Dağılımı.....	28
Tablo 4.5. Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.8. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.9. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Bireylerin Hastalık Öyküsü Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.10. Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalaması Yaşam Doyumu Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	39

1. GİRİŞ

Günümüzde tıp ve teknoloji alanında meydana gelen gelişmeler ışığında insan ömrünün giderek uzadığı görülmektedir.¹ Son yüzyıl boyunca elde edilmiş olan gelişmelerin sonuçları, kardiyovasküler hastalıkların, küresel hastalık yüküne en önemli katkılardan birini yaptığını ortaya koymaktadır. Hipertansiyonun günümüzde, dünya genelinin %25'inde etkili olduğu kabul edilmektedir. Mortalite, morbidite ve yaşam kalitesinin azalması ile beraber pek çok hastalığa da neden olması ile halk sağlığı açısından öncelikli kronik hastalıklardandır.² Hipertansiyon ya da yüksek kan basıncı, arteriyel kan basıncının farklı zamanlarda yapılan çok sayıdaki ölçümlerinde normal sınırlar üzerine çıkması olarak tanımlanmaktadır.³ DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından 120/80 mm/Hg normal tansiyon değeri kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra sistolik kan basıncın 140/mm Hg ve üzeri, diyastolik kan basıncının da 90/mm Hg ve üzeri olduğu durumları da hipertansiyon (yüksek tansiyon) olarak kabul etmektedir⁴

Sistolik kan basıncında oluşan her 20 mm Hg'lık, diyastolik kan basıncında oluşan her 10 mm Hg'lık yükselme kardiyovasküler hastalık riskini 2 kat artırmaktadır.⁵ Kardiyovasküler hastalıkların majör risk etmenlerinden biri olan hipertansiyon uygun tedavi ile kontrol altına alınabilir. Böylelikle koroner, serebral ve renal vasküler hasar riski azalır. Sistolik ve diyastolik hipertansiyonun kontrol altına alınmasıyla ölümcül olan ve olmayan inme riskinde %40'lar, akut koroner olay riskinde ise %15'ler seviyesinde azalmalar elde edilmektedir.⁵

Hipertansiyon ömür boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilebilen kronik bir hastalıktır.⁶

Hipertansiyon kontrolünde farmakolojik tedavinin nonfarmakolojik yöntemlerle (DASH diyeti, sigaranın bırakılması, alkol tüketilmemesi, tuz kısıtlaması, egzersiz, obezitenin önlenmesi vb.) desteklenmesi de oldukça önemlidir. Hipertansif hastalarda

yüksek kan basıncı kontrol altına alınamadığı durumda serebrovasküler hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar, kardiyak bozukluklar, renal yetmezlik ve retinopati gibi komplikasyonlar gelişebilir.^{7,8}

Hipertansiyon hastalarına ilişkin araştırmalar, bu hastalarda farkındalığın düşük olduğunu da ortaya koymaktadır.⁴ Dünyada şu anda hipertansiyon hastalığı olan bireylerin sadece %50'si hipertansif olduğunun farkına varmakta, bunların da ancak %50'si antihipertansif tedavi almakta, antihipertansif tedavi alanların ise sadece %50'sinde hipertansiyon kontrol altında tutulabilmektedir.⁹ Ülkeler arasında hipertansiyon hastalarının tedavi görme ve kontrol altına girmelerine ilişkin yaklaşımlarda farklılıklar görülmekle birlikte Türkiye'de bu hastalığın tedavisinin olmadığı yönündeki görüş yaygınlık göstermektedir.⁴

Hipertansiyonun tedavisi ve önlenmesindeki terapötik etkinlik son yıllarda büyük ölçüde geliştirilmiş olsa da, hipertansiyon kontrol oranının %30 'un altında olduğu tespit edilmiştir.⁷ Hipertansiyonun kontrol altına alınmasındaki güçlüğü başlıca sebeplerinden biri, bu hastalığın kronik bir hastalık olmasıdır. Bireylerin her gün birden fazla ilaç kullanmak zorunda kalması, bu ilaçların günün farklı saatlerinde alınması, hipertansiyonu olan bireylerin yaş ortalamasının artmış olması tedaviye uyumun olumsuz sonuçlanmasına neden olmaktadır.⁹ Hastanın hastalığını kontrol edebileceğine olan inancı ve hastalığına karşı olumlu duygusal yanıt, hastalığa ve tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Tedaviye uyumun hastalığın seyrinde oldukça önemli etkisi olduğu düşünülmektedir.^{9,10}

Bireyin hastalığa ilişkin algısını belirleyen pek çok etken bulunmaktadır. Bu etkenler; hastalığı yorumlama biçimi, hastalığa yüklemiş olduğu anlam, hastalık sürecinin gelişimi ve bu süreçte gerçekleşen deneyimler, edinilen bilgiler, hastalık

süreci, bireyin hastalıkla baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji şeklinde örneklendirilebilir. Küçükbakar, 2011.

Hastalık kavramı hem objektif hem de subjektif boyutları içerdiği için, benzer bir hastalıkla karşılaşan bireylerde farklı tepkiler görülmektedir.¹⁰ Bireyin hastalık sonucuna ilişkin algılarının bir bütünü olarak ortaya çıkan bileşen, hastanın sosyal yaşantısının iş, aile ve çevresel boyutları ile birlikte ekonomik alandaki durumuna da yansıtılabilmektedir. Hastalığın bir ceza şeklinde algılanması durumunda ise bireyde depresyona, öfkeye ve utanç tepkilerine neden olabilmektedir. Bu durumun gelişmesine belirgin etken, suçluluk duygusunun var olması ve bu duygunun seviyesidir. Küçükbakar, 2011

Kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıklarına ilişkin algılarının pozitif yönde değişmesinin sağlanması; hastalık süresince kendi kontrollerini yapabilmeleri, hastalığa bağlı gelişen duygusal durumla baş etmeleri ve hastalıkla birlikte var olan günlük stresin üstesinden gelebilmeleri bakımından gereklidir. Hipertansiyon hastalarının hastalıklarının farkında olmaları, ciddiyetine inanmaları ve hipertansiyon algılarının gelişmesi tedaviye kontrolünü olumlu etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır. Yapılan çalışmalarda da kontrol algısı yüksek olan bireylerde hastalığın gidişatının daha iyi olduğu saptanmıştır.⁶³

Yaşam içinde birçok faktörden etkilenen yaşam doyumu sağlığını kaybetmiş bireyler de gerilemeye başlayacaktır. Fakat her ne kadar bozulmuş sağlık koşullarına adaptasyon kişiden kişiye değişiyor olsa da, farklı yaş gruplarında yapılan araştırma, sağlık koşulları bozulan insanların yaşam doyumunda başta bir gerileme yaşansa da, bu koşullara adapte olduktan sonra yaşam doyumu düzeyinin eski seviyesine geldiğini göstermektedir. Diener ve diğ. 1999 Kronik hastalığa eşlik eden fiziksel ve zihinsel kısıtlılıklar ile sakatlıklar hastanın özgürlüğünü kısıtlamakta, bakım ihtiyacını doğurmakta,

sağlığına ilişkin algısı ile sosyal etkinliklerini olumsuz etkilemektedir. Bu durumda hastalıkla geçen srenin uzaması da yaşam doyumunu azaltmaktadır. Ekonomik, sosyal, psikolojik birçok problemin bireyin yaşamına eşlik etmesine neden olmaktadır.¹¹ Hipertansiyon başlangıçta sessiz ilerlemesine karşın, ileri aşamalarda bireyin yaşam doyumunu bozan ve yaşam süresini kısaltan bir hastalıktır. Hipertansif hastalarla yapılan çalışma diyet, egzersiz ve benzeri uygulamaların bireylerin yaşamdan aldığı doyumunu olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.⁷

Bu araştırma, hipertansiyon hastalarında hastalık algısının yaşam doyumuna etkisini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kan Basıncı

Sistemlerin besinle oksijen ihtiyaçlarının karşılanması ve atıkların uzaklaştırılmasında rol oynayan ve bu etkinlikleri değişen durumlarda da sürdüren dolaşım sistemi kan basıncıdır.^{13,14} Kan basıncı değeri, kalbin kanı vücuda pompalaması ile arter duvarlarında meydana gelen basıncın ölçülmesi suretiyle elde edilmektedir. Arteriyel kan basıncı iki ayrı değer halinde ifade edilir. Bunlar sistolik kan basıncı (SKB) ve diastolik kan basıncı (DKB)' dir.^{13,15}

2.2. Hipertansiyon

Hipertansiyon arter içi kan basıncının artmasına bağlı olarak karakterize genetik, edinsel etmenler ve metabolik bozuklukların etkili olduğu bir sendromdur.¹³⁻¹⁶ Farklı iki günde en az iki kez yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mm Hg ve üzerinde ya da diastolik kan basıncının 90 mm Hg ve üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü Uluslar Arası Komitesi; hipertansiyon için “antihipertansif ilaç kullanmayanlarda sistolik kan basıncının 140mmHg veya üzerinde, diastolik kan basıncının da 90mmHg veya üzerinde olmasıdır” şeklinde tanımlama yapmaktadır.¹³⁻¹⁷

2.3. Hipertansiyonun Önemi

Ülkemizde 16 milyon hipertansif hasta olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla da hem insanlara yüklediği risk hem de ülke ekonomisine olan maliyeti nedeniyle erken teşhis edilip tedavi edilmesi gereken bir patoloji olduğu hepimiz tarafından bilinmektedir. Tedavi edilmemiş ya da kontrol altına alınmamış hipertansiyon, başlıca sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelişmekte olan

ülkelerde hipertansiyonun kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişen hastalık ve ölüm nedenlerinin başında geldiğini ve bütün ölümlerin %20-50'sini kapsayan kalp-damar hastalığı ölümlerinin temel nedenlerinden biri olduğunu bildirmiştir.^{7,17} Hipertansiyon dünyada tüm ölümlerin %13.5 inden sorumludur. Hipertansiyona bağlı hastalıklardan inmenin %54'ünün, iskemik kalp hastalığının %47'sinin hipertansiyon kaynaklı olduğu düşünülmektedir.⁷

2.4. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon dünyada her yıl 7.6 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır. Ülkemizde ise, her dört ölümden biri hipertansiyona bağlı gelişen komplikasyonlar sonucunda olmaktadır.^{11,12} Hipertansiyonun dünyadaki prevalansına bakıldığında; genel popülasyondaki prevalansın %26.4, erkeklerdeki oranın%26.5, kadınlardaki oranın ise %26.1 olduğu görülmektedir.^{15,17} Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasında, ülkemizde 30 yaş üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansının %33,7 olduğu görülmüştür.^{9,18,19}

2.5. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Sistemik kan basıncını belirleyen ve birbiriyle etkileşen birçok faktör olması nedeniyle hipertansiyondan sorumlu tek bir etiyoloji veya patofizyolojik mekanizma bulunmamaktadır.¹⁸ Arteriyel kan basıncı, santral sinir sistemi, periferik sinir sistemi, böbrekler, vasküler endotel ve adrenal glandlar tarafından düzenlenir. Bunların yanı sıra genetik yapı, yaşam tarzı, sosyoekonomik durum, çevresel faktörlerle demografik faktör de kan basıncını etkilemektedir.¹⁹ Arteriyel kan basıncı, baro reseptörler, renin-angiotensin sistemi, otonom sinir sistemi, sıvı elektrolit dengesi, prostaglandinler, katekolaminler, olmak üzere birçok kontrol mekanizması tarafından denetlenir.^{3,15}

Hipertansiyon patojenezinde genetik faktörlerin de önemli rolü bulunmaktadır. Hipertansif ebeveynleri olan çocukların yüksek kan basıncına eğilimleri vardır. Strese maruz kalmak sempatik aktivasyonu arttıracığı için hipertansiyon patogenezinde bir etken olarak sayılır.^{23,29}

2.6. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Erişkin hipertansiflerde kan basıncı derecelerinin sınıflandırılması nitel bir durumdur. Fakat tedavide kolaylığı sağlamak amacıyla kan basıncı dereceleriyle hedef organ tutulumunun dikkate alınması fayda sağlamaktadır.¹⁵

2.6.1. Hipertansiyonun Etiyolojisine Göre Sınıflandırılması

Hipertansiyon etiyolojisine göre değerlendirildiğinde esansiyel (nedeni bilinmeyen, birincil, primer) ve sekonder (nedeni bilinen, ikincil) hipertansiyon olmak üzere ikiye ayrılır.¹⁵

2.6.1.1. Esansiyel (Primer, İdiopatik) Hipertansiyon

Renovasküler hastalık, böbrek yetmezliği, feokromositoma ve aldosteronizm gibi sekonder nedenlerin bulunmadığı yüksek kan basıncı olarak tanımlanır ve tüm hipertansiyon nedenlerinin yaklaşık %95'inden sorumlu olmaktadır.^{15,19,31} Esansiyel hipertansiyon için belirli bir neden tanımlanmamış olsa bile, gelişimini etkileyen pek çok faktör gösterilmiştir. Yaş, cinsiyet, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyi, yorgunluk, kişilik özellikleri, genetik faktörler, stres gibi emosyonel etmenler esansiyel hipertansiyonun risk faktörü olarak görülmektedir.^{14-16,19,31,}

2.6.1.2. Sekonder Hipertansiyon

Belirlenebilen bir nedeni olan^{15,19}, daha çok 20 yaş altı ve 50 yaş üstü bireylerde görülen hipertansiyondur.³ 10 yaş altındaki çocuklarda sekonder hipertansiyon

görülmesinin nedeni en sıklıkla aort koarktasyonudur.¹⁹ Yetişkin bireylerde en sık nedenleri ise, böbrek hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, uyku- apne sendromu, hipotiroidizm, endokrin hastalıkları (cushing sendromu, feokromasitoma, hiperaldosteronizm vb.) nörolojik hastalıklar, sıvı volüm artışı, gebelik ve ilaç kullanımı (oral kontraseptifler, steroidler) olarak sıralanabilir.^{3,15,17-20,31}

2.6.2. Hipertansiyonun Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırılması

Hipertansiyonu sistolik ve diyastolik değerlere göre sınıflamanın tedavinin planlanmasında yararı vardır.^{15,16,19} Yüksek arteriyel kan basıncı değerleri doğrultusunda hipertansiyon “Prehipertansiyon” , “ Evre I hipertansiyon” ve “ Evre II hipertansiyon ” şeklinde sınıflandırılır. (Tablo1)

Tablo 2.1. JNC VII kılavuzuna göre KB sınıflaması ²⁰

Kan Basıncı	Sistolik		Diyastolik
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre I Hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre II Hipertansiyon	<160	veya	≥100

Tablo 2.2. ESH/ESC kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması ^{16,20}

	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/veya	85-89
1.derece (hafif) hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
2.derece (orta) hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
3.derece (şiddetli) hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140	ve	<90

2.6.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırılması

Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu yüzden hipertansiyon sınıflandırması yapılırken ortalama kan basıncı düzeylerinin yanı sıra hedef organ tutulumu ve neden olan faktörler de incelenmelidir.^{17,19} Hipertansiyonlu bireyde sol ventrikül hipertrofisi, angına veya geçirilmiş miyokart enfarktüs öyküsü, kalp yetmezliği, inme, nöropati, periferik arter hastalığı ve retinopatinin varlığı hedef organ hasarını gösterir.³⁴

2.7. Hipertansiyonun Belirtileri

Bireylerin büyük bir kısmında hipertansiyon sinsi bir şekilde ilerler. Olguların çoğu rutin muayene esnasında rastlantısal olarak fark edilir.¹⁵ Fizik muayenede kan basıncı yüksekliğinden başka herhangi bir belirti ve bulgu saptanmayabilir. Arter kan basıncının yüksekliğinin yanı sıra görülebilecek başlıca belirtiler ise; baş ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik, burun kanaması, kulaklarda çınlama, bulanık görme, bazen çok sık idrara çıkma, noktüri, yüzde kızarma, bacaklarda şişlik, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanmadır.^{3,19} Kan basıncının aşırı yükseldiği bazı bireyler çift görme, dilde peltekleşme, yüzde ve vücutta karıncalanma gibi durumlardan şikâyet eder. Bu belirtilerin hiçbiri hipertansiyona özgü değildir, başka hastalıklarda da görülebilir.^{15,21} Bazı hipertansif hastalarda hipertansiyon yıllarca hiçbir belirti vermeyebilir.^{3,6,19}

2.8. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Hipertansiyonun risk faktörleri önlenebilir ve önlenemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılır.

2.8.1. Önlenebilir Risk Faktörleri

Obesite, sigara ve alkol tüketimi, diyet, fiziksel inaktivite, stres

2.8.2. Önlenemeyen/Müdahale Edilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet, genetik, etnik yapı.

2.9.Hipertansiyonun Tanısı

Hipertansiyon tanısı anamnez, fizik muayene, tekrarlanan kan basıncı ölçümleri ve laboratuvar incelemeleri ile konulmaktadır.

2.10. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinde birincil hedef, uzun dönemde total kardiyovasküler riski azaltmak ve hipertansiyona bağlı mortalite ve morbiditenin önüne geçmektir.³⁸ Tedaviyle birlikte kan basıncı değerinin <140/90mmHg, diyabet ve renal hastalığı olanlarda ise <130/80mmHg olması amaçlanır.^{6, 35}

2.10.1. Farmakolojik Tedavi (İlaç Tedavisi)

Hipertansiyonun bilinen en etkili tedavisi risk gruplarına düzenlenen ilaç tedavisidir. Antihipertansif tedavideki hedef; sistolik ve diyastolik kan basıncını 140/90mmHg'nın altına düşürerek hedef organ hasarlarını durdurmak ya da geriletmek, ateroskleroz gelişimini önlemek ve yaşam kalitesini dengede tutmaktır.¹⁹ İlaç tedavisinde diüretikler, beta blokerler, kalsiyum antagonistleri, ace inhibitörleri, anjiyotensin II (A-II) reseptör blokerleri (ARB), alfa blokerleri ve renin inhibitörleri kullanılır.^{15,19,20}

2.10.2. Non-Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Modern zamanlarda, insanların yaşam tarzında metabolizmalarının uyum sağlayabileceğinden çok daha fazla olumsuz değişiklikler olmuştur.^{15, 34}

Hipertansiyonun non-farmakolojik tedavisinde,

- ✓ Sigaranın bırakılması,
- ✓ Obezitenin önlenmesi,
- ✓ Meyve sebze açısından zengin beslenme,
- ✓ Tuz tüketiminin kısıtlanması,
- ✓ Alkol tüketiminin sınırlandırılması,
- ✓ Fiziksel aktivitenin artırılması, önerilmektedir.

2.11. Hipertansiyona Bağlı Komplikasyonlar

Hipertansiyonun komplikasyonlarının temelinde kalbin iş yükünü artırması ve bu suretle arterlerde zararlara yol açması bulunmaktadır. İlerleyen zamanlarda kalp, böbrek, göz ve beyine kan götüren atar damarların zarar görmesine neden olmaktadır.⁴¹ Hipertansiyona bağlı serebrovasküler hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar, kardiyak bozukluklar, renal yetmezlik ve retinopati gibi komplikasyonlar gelişebilir.^{22,41}

2.12. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon kronik bir hastalık olduğundan hipertansif hastaların ve ailelerinin bu kronik durumla baş edebilmeleri için eğitime ihtiyaçları vardır. Sağlığın iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağlayacak olan eğitimler hipertansiyonun kontrol edilebilen risk faktörlerine odaklanmalıdır. Hipertansif hastalarda hipertansiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonları önleme, hasta uyumunu artırma ve hipertansiyonu etkileyen yaşam biçimi değişiklikleri konularında hastalar bilgilendirilmelidir. Bireyi yaşam tarzında yapması gereken değişikliklere inandırmak gerekir. Bütün hipertansif kişilere kalp hızında ve kan basıncında ani artışlara neden olduğu için sigarayı bırakmaları, antihipertansif ilaçların etkinliğini azalttığı için alkolden uzak durmaları, obez bireylerinde kilo vermesi ve kilosunu koruması önerilmelidir. Diyetlerinde kilo aldırıcı besinler yerine kolesterol düşürücü besinler önerilmeli, tuz kısıtlamasının önemi

vurgulanmalı ve günde 4-5 porsiyon ya da 300 gram sebze olacak şekilde meyve-sebze tüketimini arttırmaları, daha fazla balık yemeleri tavsiye edilmelidir. Bunların dışında antihipertansif ilaç tedavilerini doktor önerisine uyacak şekilde ilaçların zamanında alınmasının önemi vurgulanmalıdır. Evde kan basıncı ölçümünü nasıl ve ne zaman yapacağı, her gün aynı saatlerde ölçümünün gerekliliği, kan basıncını okuyup kaydetmesi, ölçümden önce kan basıncını değiştirecek herhangi bir diyet ve aktiviteden kaçınması, kan basıncı yüksek ise hekimine veya hemşiresine bildirmesi konusunda eğitimler verilmelidir.^{3,77,78}

2.13. Hastalık Algısı Tanımı

Bir hastalık tanısı konan bireylerin büyük bölümü, hastalıklarına ve sağlık durumlarına ilişkin bir takım inanışlar geliştirmektedirler. Bireylerin bu inanışları, hastalık yönetimi açısından büyük önem taşımakla birlikte bireyin davranışının anahtar noktasını teşkil etmektedir.⁵⁵ Bireyin hastalığa yüklediği anlamla ilişkili bir kavram olan hastalık algısı, hasta olma halinin bilişsel yapılanması şeklinde de ifade edilebilir.

Hastalık algısı bireyler arasında değişim göstermektedir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, deneyimleri, baş etme mekanizmaları, değerleri ve genetik özellikleri gibi etkenler bireyin hastalığa ilişkin algısının oluşumunda etkili olmaktadır.⁵⁶ Hastalık kavramı hem objektif hem de subjektif boyutları içerdiği için, benzer bir hastalıkla karşılaşan bireylerde farklı tepkiler görülmektedir. Bu farklı tepkileri yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici durumdadır. Bilgi, deneyim, değerler, inançlar ve ihtiyaçları bireyin hastalığı tanımlamasında yardımcı olan unsurlardır. Üstelik aynı hastalığa sahip olan insanların hastalık algıları farklılık gösterebileceği gibi sağlık profesyonellerinin de o hastalığa dair algılarında farklılık görülebilmektedir.⁶⁰ Bu nedenle de tüm bireylerin ayrı ayrı bireysel algılarının değerlendirilmesi gerekir. Hastalık algısının anlaşılması

için kullanılan modelde hastalığın kimliği, süresi, nedenleri, sonuçları ve tedavi edilebilirliği değerlendirilmektedir.⁵⁷

2.13.1. Hastalığın Kimliği

Bir takım hastalıklara ilişkin semptomlar yaygın olarak bilinmekle birlikte çoğu hastalık için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Soğuk algınlığı, gıda zehirlenmesi ve benzeri bazı hastalıklara ilişkin semptomların yaygın olarak bilinmesi bunlarla ilgili farklı algıların oluşmasını engellemektedir. Ancak bazı hastalıklara ilişkin olarak bireyler ortaya attıkları belirsiz fikirlerle bir takım temsiller kurmaktadır. Semptomlara ilişkin bireyler tarafından geliştirilen temsiller, tıbbi tedavi yöntemleri ile ilişkisiz olabilmektedir.¹⁰

2.13.2. Hastalığın Nedenleri

Bireyler, hastalıklarına ilişkin tanının konmasının ardından buna neyin sebep olduğu üzerine bir takım inançlar oluşturmaktadırlar. Hastalığın genetik özelliklerden kaynaklanması, beslenme alışkanlığı veya stres gibi etkenlere bağlı olarak gelişmesi gibi inanışlar yaygın olan örneklerdir. Hastalığın nedenine ilişkin geliştirilen inançlar, aynı zamanda tedavi yöntemlerine ilişkin inançları da ortaya çıkartmaktadır.^{10,56}

2.13.3. Hastalığın Süresi

Akut hastalığı olan bireyler ile kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına ilişkin algısının gelişimi bakımından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar, ilaç alımı gibi zamana bağlı etkinliklerde belirginleşmektedir. Örneğin kronik hastalığı olan bireylerin ilacı ve tedaviyi terk etme eğilimleri akut hastalığı olan bireylere oranla daha düşüktür.^{10,56,59}

2.13.4. Hastalığın Tedavi ya da Kontrol Edilebilirliği

Bireylerin hastalıklarının tedavi edilebilir olma durumuna ilişkin geliştirdikleri inançlar, bu hastalıkla baş etme ve tedavi sürecinde oldukça önemli etkiye sahiptir. Benzer şekilde hastalığın kontrol edilebilme durumu da hastalığa ilişkin algıda ve dolayısı ile tedavi sürecinde belirleyici olan etkenlerdendir.⁷⁴

2.13.5. Hastalığın Sonuçları

Hastalığa ilişkin algıların yaşam tarzını etkilemesi bakımından önemli olan inanç unsurlarından birisi de hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarıdır. Hastalığın sonuçlarına ilişkin algılar bireylerin iş ve aile hayatını da kapsayan sosyal yaşamı ile ekonomik durumunda değişikliklere neden olabilmektedir.⁷⁴

2.14. Yaşam Doyumu Tanımı

Yaşam, bireyin sağlıklı ve hastalıklı olarak geçirdiği zamanı ifade eder. Yaşam doyumu ise bireyin beklentileriyle sahip olduklarının karşılaştırılmasıyla elde edilir. Yaşam doyumu, moral, mutluluk ve iyi olma hali ile yakından ilişkilidir.⁶⁸ Yaşam içinde mutlu olmayı önemli derecede etkiler.⁶⁷ Hatta bir bütün olarak yaşamın bütün kalitesinin, pozitif olarak ilerlemesini etkileyebilecek bir güce sahiptir. ^{Veenhoven, 1996}

Başka bir tanımla, yaşam doyumu bireylerin tüm yaşamlarını ve yaşamlarının da her boyutunu kapsar. Yani, bireylerin belirli bir duruma, belirli bir sürece dair doyumlarını değil, genel anlamda tüm yaşantılarının doyumu anlamını taşımaktadır.⁶⁷

Yaşam doyumuna ait yapılan tanımlamalar yaşam doyumunu üç bölümde inceler. Birinci bölümde; iyi oluş hali gibi dış bir ölçüte göre tanımlama yapılmıştır. İkinci bölümde; insanların yaşamlarını olumlu anlamda değerlendirmelerine neden olan etmenlere göre tanımlama yapılmıştır. Kendi yaşamını yargılamasına bağlı sahip olduğu duygu hali olarak ifade edilir. Üçüncü bölümde ise; bireyin günlük yaşamı

değerlendirilerek günlük ilişkilerinde olumlu duygunun olumsuz duyguya baskın olması anlatılmak istenir.^{67,68} Mutlu kişi, belirli bir yaşam periyodunda daha çok hoş duygularla yaşayan kişidir.¹¹⁶

Sonuç olarak; yaşam doyumu öznel bir değerlendirme olduğu kadar yaşam olaylarının tümüne yönelik değerlendirmeleri de kapsamaktadır. Örneğin sağlık, başarı ve iyi ilişkiler “iyi bir hayatı” tanımlayan bileşenleri oluşturmaktadır. Sağlık durumu iyi olan bireylerdeki yaşam doyumunun sağlıklı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir.^{69,70}

2.15. Hastalık Algısı ve Yaşam Doyumunda Hemşirenin Rolü

Tedaviye uyumu etkileyen temel faktör de bireylerin davranış biçimleridir. Bireylerin davranışlarının, kendi vücutlarına ilişkin algılamaları, hastalık semptomlarına ilişkin tanımlamaları ve yorumlamalarına bağlı olarak değiştiği kabul edilmektedir.^{61,62} Kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıklarına ilişkin algılarının pozitif yönde değişmesinin sağlanması; kendi kendilerini yönetebilmeleri, hastalığa bağlı olarak gelişen duygusal durumla baş etmeleri ve hastalıkla birlikte var olan günlük stresin üstesinden gelebilmeleri bakımından gereklidir. Hastalık algısıyla hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalar neticesinde kontrol algısı yüksek olan bireylerde hastalığın gidişatının daha iyi olduğu saptanmıştır.⁶³ Birinci basamaktaki hemşirelik uygulamaları bireyin, ailenin ve toplum sağlığının koruması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Bireyleri kronik hastalık kontrollerindeki yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirme gerekliliği günümüzde hemşirelere önemli eğitim, rehberlik ve danışmanlık rollerinin sorumluluğunu da vermiştir. Eğitimin amacı, bireyin davranışlarında değişiklik meydana getirmektir. Davranışlarını değiştirerek yaşam tarzında belirgin değişiklikler yapmayı hiç düşünmemiş olan bireylerin, hastalığın

gelecekte meydana getireceği olumsuz etkilerine karşı ve bireysel yaşam üzerinde pozitif etki sağlamanın önemine ilişkin eğitilmeleri gerekir. Bu konuda da hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.⁷⁹ Hipertansiyon ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla birçok ülkede araştırmalar yapılmıştır ancak, ülkemizde bu konuya ilişkin sınırlı kaynak bulunmaktadır. Buna yönelik kaynakların artırılması için araştırmacı rolü olan hemşirelerin teşvik edilmesi önemlidir.^{65,66}

Hipertansiyon ve benzeri kronik hastalıklarda görülen hızlı artış, yaşam süresinde uzama beklentisinde olan toplumlarda yaşam doyumu kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur. Kronik hastalığa sahip olmak, bireylerin hastalıkla birlikte yaşama süresini artırarak uyumu bozmaktadır. Buna bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara da neden olan kronik hastalıklar, aynı zamanda bireyin ekonomik durumunu da olumsuz etkilemektedir.^{69,70} Hipertansiyon hastalığı, ilerleyen süreçlerde bireyin günlük yaşantısını da etkilemektedir. Hastalığa bağlı olarak bireyin günlük yaşam etkinliklerinde kısıtlamalar ortaya çıkmakta ve dolayısı ile bireyin bağımsızlığı zayıflamaktadır. Diğer taraftan hipertansiyon hastası, kronik bir hasta olmanın getirdiği psikoloji ile yaşarken, günlük yaşayışını değiştirmek konusunda güçlük çekmektedir. Hipertansiyon başta sessiz seyretmesine karşın, ileri aşamalarda bireyin yaşam doyumunu bozan ve yaşam süresini kısaltan bir hastalıktır. Williams tarafından yapılan araştırma, hipertansif hastaların diyet, egzersiz ve benzeri uygulamaların bireyin yaşamdan aldığı doyumu olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.⁷ Bu durumda hemşirelik girişimlerinin amacı; bireyin sağlık durumunda olumlu ilerlemeler elde etmek, bireye kendi bakımını yapacak duruma gelene kadar destek olmak, en kısa zamanda bireyin kendi bakımının sorumluluğunu almasını ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süre içinde yaşam doyumunun en üst seviyeye ulaşmasını sağlamaktır. Hemşire sözü edilen bu işlevleri yerine getirirken bakım verici,

destekleyici, eğitimci ve danışmanlık rollerini kullanır. Özellikle yaşam doyumunu doğrudan etkileyen sağlık sorunları konusunda bilgi verme ve danışmanlık yapma becerisine sahip olmalıdır.^{7,71}



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Hipertansiyonlu hastalarda hastalık algısının yaşam doyumuna etkisini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Artvin ilinde Artvin Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde Kasım 2015- Nisan 2016 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın yapıldığı yer, 1945 yılında hizmete başlamıştır. 1.021m² arsa alanı ve 9.339m² toplam alan 9 katlı ve 10.643m² toplam alan 11 katlı olmak üzere ve 11 katlı iki blokta toplam 21.0230m² alanda 146 hasta yatağı, 10 adet 2. seviye genel yoğun bakım yatağı, 5 adet 1. seviye koroner yoğun bakım yatağı, 4 adet 1. seviye yeni doğan yoğun bakım yatağı olmak üzere toplam 165 yatak, 87 hasta odası (23 adet tek kişilik) ile 10 yataklı diyaliz ünitesi 1 adet mobil diyaliz makinesi de yoğun bakım ünitesinde hizmet vermektedir. Dâhiliye – Kardiyoloji servisleri ortak kullanılmakta olup yatak sayısı 25 dir. Hastanede 1 dâhiliye, 2 KBB, 2 fizik tedavi ve rehabilitasyon, 2 kardiyoloji, 1 nefroloji, 2 nöroloji, 2 psikiyatri, 1 üroloji, 1 enfeksiyon hastalıkları, 3 göz hastalıkları, 2 kadın hastalıkları ve doğum, 1 cildiye, 2 göğüs hastalıkları, 1 göğüs cerrahisi, 2 beyin cerrahisi, 2 genel cerrahi, 2 çocuk hastalıkları, 3 anestezi polikliniği olmak üzere toplam 35 poliklinik hizmetleri uzman doktorlar tarafından verilmektedir. Bunun yanı sıra acil servis 2 uzman doktor ve 7 pratisyen hekimle hizmet vermektedir. Kadın-Doğum polikliniği dışındaki polikliniklerde hemşire bulunmamaktadır. Dâhiliye ve Kardiyoloji polikliniklerinin her birinde 1'er tane uzman doktor ve tıbbi sekreter görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Artvin ilindeki Artvin Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniğine Kasım 2014- Nisan 2015 tarihleri arasında başvuran 976 hipertansif hasta oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Kasım 2015- Nisan 2016 ayları arasında kardiyoloji polikliniğine başvuran 976 hipertansiyonlu bireyden

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

formülü kullanılarak hesaplandı.¹¹⁴ (Güven düzeyi %95 olarak kabul edilmiştir. $t=1,96$, $d=0,05$, $p=0,3$, $q=0,7$) Kullanılan formüle göre araştırmanın örneklemini 242 hipertansiyonlu birey oluşturdu. Kasım 2015- Nisan 2016 arasında kardiyoloji polikliniğine başvuran 251 hastaya ulaşıldı. 8 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 243 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- En az 6 ay önce hipertansiyon tanısı almış olan,
- 18 yaşından büyük olan,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olan hastalar dâhil edildi.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Daha önceki araştırmalardan ve ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlandı.^{63,64} Hastaların sosyo-demografik ve hipertansiyonla ilgili özelliklerine yönelik soruları içermektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim durumu, medeni durumu ve iletişim bilgileri vb. soruldu.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK-5)

1996'da Weinmann'ın geliştirmiş olduğu ölçek 2002'de Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir. 2007'de Kocaman ve arkadaşları ölçeği Türkçe'ye uyarlamış ve güvenilirlik çalışmasını tamamlamıştır.⁷³ Aynı yıl, Armay ve arkadaşları ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliğini değerlendiren araştırmalarını gerçekleştirmişlerdir.⁵⁹

Yenilenen formu kullanılan Hastalık Algısı Ölçeği üç boyuttan oluşmakta ve bu boyutlar; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutları şeklinde sıralanmaktadır.

Hastalık tipi boyutu: Bu boyut, hastalığın sıklıkla görülen ve ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı şeklinde sayılan 14 boyutunu içermektedir. Katılımcıya, bu 14 belirtiyi ayrı ayrı olmak üzere öncelikle hastalığın başlangıcından itibaren yaşıyıp yaşamadığı, sonrasında ise bu belirtinin hastalığı ile ilgili olduğunu düşünüp düşünmediği sorulmaktadır. Bu boyut, belirtilerin her biri için sorulan sorulara evet ya da hayır yanıtı verilebilecek şekilde hazırlanmıştır. İkinci soruya verilen toplam evet yanıtı, hastalık tipi alt boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturmaktadır.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. "Hastalık hakkındaki görüşleri" boyutunun; süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi

kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller şeklinde adlandırılan yedi alt ölçeği bulunmaktadır.

Süre alt ölçeği, bireyin hastalığının süresine ilişkin algılarını araştırma amaçlı olup akut, kronik, döngüsel olarak gruplanmaktadır. Sonuçlar, bireyin hastalığının şiddeti ile fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine etkilerine ilişkin algılarını göstermektedir. Kişisel kontrol, bireyin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol inancını belirlemektedir.

Tedavi kontrolü alt ölçeği, bireyin, kendisine uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin algısını araştırmaktadır. Hastalığı anlayabilme alt ölçeği, bireyin hastalığını anlama veya kavrama düzeyini araştırmaktadır. Duygusal temsiller alt ölçeği ise bireyin hastalığa ilişkin hissettiklerini araştırmaktadır.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalık nedenleri boyutu, hastalığın oluşumunda etkili olması muhtemel nedenleri içeren 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılarak ölçülen bu boyutla bireyin hastalığın muhtemel nedenlerine ilişkin düşüncelerinin araştırılması hedeflenmektedir. Hastalık nedenleri boyutunun; psikolojik atıflar (ör. Stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör. Kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. Mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şans (ör. kaza, yaralanma, kötü talih vb.) şeklinde dört alt ölçeği bulunmaktadır.

Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için bireylerden hastalığının en önemli nedeni olarak gördükleri üç faktörü yazması istenmiştir.^{65,66}

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalık hakkındaki görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının ise 0.25- 0.72 arasında değiştiği saptandı. Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri

“Hastalık Tipi” alt alt boyutu için 0.70, “Hastalık hakkındaki görüşleri” alt boyutu için 0.82, “Hastalık nedenleri” boyutu için 0.74 olarak tespit edildi.

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (EK-6)

Yaşam doyumu düzeyinin ölçülmesi için geliştirilmiş olan bu ölçek “hiç katılmıyorum” ile “tamamen katılıyorum” arasında değişen 5 maddelik cevapları içermektedir. ^{Diener ve ark. 1985} Maddelerin her birinden alınacak puanlar 1 – 7 arasında değişirken toplam puan 1 – 35 arasında ortaya çıkmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yükselmesi yaşam doyumu düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir. 30-35 puan arası yaşamından çok çok memnun, 25-29 arası yaşamından çok memnun, 20-24 arası yaşamından memnun, 15-19 arası yaşamından az memnun, 10-14 arası yaşamından memnun değil ve 5-9 arası yaşamından hiç memnun değil olarak belirlenmiştir. ¹¹⁹ Köker (1991) ve Yetim (1993) tarafından Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçeleştirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Yetim, araştırmasında ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0,86 olduğunu bildirmektedir. ¹¹⁹ Çalışmamızda ise; ölçeğin cronbach alfa değeri 0,81 olarak bulundu.

3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın yürütüleceği Artvin Devlet Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansif hastalardan araştırma kriterlerine uygunluğu saptanan bireylerle yüz yüze görüşülerek ölçekler ve çalışmanın amacı hakkında kısa bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları araştırmacı tarafından hastalara birebir bütün sorular tek tek okunarak uygulandı. Uygulama sırasında anlaşılmayan sorularla ilgili açıklamalar yapıldı. Veri toplama araçlarının yanıtlanması ortalama 15-20 dk. sürmektedir. Polikliniklerdeki muayenelerinden hemen sonra, boş ve sessiz bir odada uygulandı. Anket formlarında bireylere sorularak elde edilen boy ve kilo verileriyle bireylerin beden kütle indeksleri, $BKİ = \text{kilogram (vücut ağırlığı)} / \text{Boy}$

(m)² formülünden araştırmacı tarafından hesaplanarak bulundu. DSÖ'nün yapmış olduğu sınıflandırılmadan yararlanılarak; 18.5 kg/m² altında ise zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arası normal, 25-29.9 kg/m² arası fazla kilolu, 30 kg/m² üzeri obez ve 40 kg/m² üzerinde ise morbid obez olarak kabul edildi.³³

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik paket programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelerik dağılım ve ortalamalar, Oneway ANOVA testi, One-Sample Kolmogolov-Smirnov Testi, Spearmans korelasyon testleri, Pearson Correlation, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis analiz yöntemleri kullanıldı.¹¹³

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın başlangıcında, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesinden etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı Artvin Devlet Hastanesinden yazılı izin alındı. Araştırmaya dâhil olan hastalara haklarının korunması amacıyla araştırma verilerinin toplanmasına başlamadan önce araştırmayı terk edebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra saklı tutulacağı söylenip “Gizlilik ve Gizliliđin Korunması” ilkesi ve “İnsan onuruna saygı” etik ilkeleri göz önünde tutuldu. Toplanan verilerin ve yanıtlayan bireyin kimliğinin gizli tutulacağı anlatılarak “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirildi. Veri toplamadan önce hastalar araştırma konusunda bilgilendirilerek, soruları yanıtlandıktan sonra araştırmaya katılım onayları alındı.

3.9. Araştırmanın Genellenabilirliği

Araştırma bulguları hipertansif hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Hipertansiyon hastalarının hastalık algısının yaşam doyumuna etkisinin incelendiği bu araştırmanın bulguları aşağıda verildi.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	S	%	
Yaş	30-50	46	18.9
	51-70	151	62.2
	71 ve üzeri	46	18.9
X ± SS = 60,13 ± 11,67			
Cinsiyet	Kadın	161	66.3
	Erkek	82	33.7
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Olmayan	38	15.6
	Okuryazar	24	9.9
	İlkokul	73	30.0
	Ortaokul	35	14.4
	Lise	48	19.8
	Üniversite ve üzeri	25	10.3
Medeni Durum	Evli	200	82.3
	Bekâr	43	17.7
Çalışma Durumu	Çalışan	58	23.9
	Çalışmayan	185	76.1
Meslek	Ev Hanımı	119	49.0
	İşçi	19	7.8
	Memur	33	14.2
	Serbest	19	7.8
	Emekli	53	21.2
Yaşadığı Yer	İl	129	53.1
	İlçe	60	24.7
	Köy	54	22.2
Aylık Gelir	1000 TL ve altı	36	14.8
	1001-2000 TL	97	39.9
	2000 TL ve üzeri	110	45.3

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo.4.1’de verilmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin % 66.3’ünün kadın, % 62.1’inin 51-70 yaş aralığında, %30’unun ilkokul mezunu, % 82.3’ünün evli, %76.1’inin çalışmadığı ve %49’unun ev hanımı olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Hastalık Durumuyla İlgili Özellikler	S	%
Hipertansiyon Tanısının Süresi		
1-5 yıl	98	39.5
6-10 yıl	74	30.5
11 yıl ve üzeri	73	30.0
BKİ		
Zayıf +Normal	50	20.6
Kilolu	102	42.0
Obez + Morbid Obez	91	37.4
Ailede HT Varlığı		
Var	197	81.1
Yok	46	18.9
Ailede HT bağlı sakatlık/ölüm varlığı		
Var	63	25.9
Yok	180	74.1
İlaç Kullanımı		
Düzenli	194	80.5
Hiç Kullanmamış	5	2.1
Tansiyonu Çıktıkça	12	5.0
Aklına Geldikçe	30	12.4
İlaçlar		
Bilmiyor	46	18.9
Diüretik	11	4.5
AT2 + diüretik	38	15.6
AT2 antagonisti	23	9.4
KKB	46	18.9
Beta bloker	28	11.6
ACEİ	28	11.6
ACEİ+KKB	6	2.5
Alfa Bloker	7	2.9
Alfa+Beta Bloker	4	1.6
ACEİ+ diüretik	6	2.5
Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu		
Kontrole gitmiyor	54	22.2
2 haftada bir	5	2.0
Ayda bir	12	4.9
3 ayda bir	45	18.5
6 ayda bir	57	23.5
Yılda bir	57	23.5
2 yılda bir	2	0.8
Belirtiler Rahatsız Ettiğinde	11	4.6
Sigara		
İçiyor	50	20.6
İçmiyor	173	71.2
Bırakmış	20	8.2
Alkol		
İçiyor	10	4.1
İçmiyor	229	94.2
Bırakmış	4	1.7
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı		
Var	85	35
Yok	158	65

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de verildi. %39.5’inin 1-5 yıl süreyle, %30.5’inin 6-10 yıl süreyle, %30’unun 11 yıl ve üzerinde süreyle hipertansiyon hastası olduğu belirlendi. Bireylerin beden kütle indekslerine bakıldığında %42’sinin kilolu, %37.4’inin ise obez ve morbid obez olduğu görüldü. %81.1’inin aile bireylerinde de hipertansiyon görüldüğü ve bu bireylerin %90.4’ünün birinci derece, % 4.6’sının da ikinci derece akrabaları olduğu bulundu. %25.9’unun ailesinde hipertansiyona bağlı sakatlık/ ölüm olduğunu ifade ettikleri görüldü.

Araştırma kapsamındaki bireylerin ilaç kullanımlarına bakıldığında %80.5’inin ilaçlarını düzenli kullandığı ve hipertansiyon tedavisinde %18.9’unun kalsiyum kanal blokerleri, %15.6’sının Anjiotensin II + diüretik kombinasyonu, %11.6’sının ACEİ, %11.6’sının beta bloker, 9.4’ünün de anjiotensin antagonistlerini kullandığı, 18.9’unun ilacını bilmediği belirlendi. %96.3’ünün sağlık güvencesi bulunmaktadır. Bireylerin %77.8’inin sağlık kontrolüne gittiği bulundu. Sağlık kontrolüne gitme sıklıklarına bakıldığında ise %23.5’inin 6 ayda bir, %23.5’inin yılda bir,%18.5’inin 3 ayda bir, %4.9’unun ayda bir, %4.6’sının belirtiler rahatsız ettiğinde, %2’sinin iki haftada bir, %0.8’inin iki yılda bir kontrole gittiği görüldü.

Araştırmaya katılan bireylerin %71.2’sinin sigara, %94.2’sinin ise alkol kullanmadığı belirlendi. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalık varlığına bakıldığında %65’inde ek hastalık bulunmamakta, %35’inde ise hipertansiyona ek bir hastalık bulunmaktadır.

Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	X ± SD	Min.	Max
1.Hastalık Belirtisi (Tipi)	3.17 ± 2.16	0	9
2.Hastalık Hakkındaki Görüşler			
Kişisel Kontrol	21.59 ± 3.22	13	30
Süre (Akut/Kronik)	22.85 ± 4.86	7	30
Duygusal Temsiller	16.36 ± 4.96	6	30
Hastalığı Anlayabilme	18.94 ± 3.30	9	25
Sonuçlar	15.39 ± 4.51	6	30
Tedavi Kontrolü	18.61 ± 2.57	8	25
Süre (Döngüsel)	12.76 ± 2.59	5	20
3.Hastalık Nedenleri			
Psikolojik Atıflar	19.69 ± 4.87	6	30
Risk Faktörleri	18.57 ± 3.97	10	31
Bağışıklık	6.70 ± 2.15	3	12
Kaza ve Şans	4.28 ± 1.58	2	10

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları dağılımları Tablo.4.3’de verilmektedir. 14 hastalık belirtisinden kaçınının var olduğu incelendiğinde hastalık belirti puan ortalaması 3.17 ± 2.16 olarak bulundu. Bireylerin hastalık tipi alt boyutundan aldıkları en düşük puan 0, en yüksek puan ise 9’dur. Hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlarına bakıldığında; süre (akut/kronik) algı puan ortalaması 22.85 ± 4.86 , kişisel kontrol algısı puan ortalaması 21.59 ± 3.22 bulunup, diğer alt boyutlara göre daha yüksek oldukları tespit edildi. Süre (döngüsel) algısı ve sonuçlar algısı puan ortalamalarının ise en düşük olduğu belirlendi. Hastalık nedenleri alt boyutu incelendiğinde psikolojik atıflar puan ortalaması 19.69 ± 4.87 olarak bulunup ve çalışmaya katılan bireylerin hastalık nedeni olarak en fazla psikolojik atıfları gördükleri saptandı. Hastalık nedenlerini psikolojik atıflardan sonra 18.57 ± 3.97 puan ortalamasıyla risk faktörleri izlemektedir.

Tablo 4.4. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi Alt Boyutu Bulgularının Dağılımı

Belirtiler	Hastalığın		Bu belirti	
	başlangıcından beri bu		hastalığımla	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Ağrı	115	47.3	66	57.3
Boğazda yanma	42	17.3	12	28.5
Bulantı	86	35.4	67	77.9
Soluk Almada Güçlük	60	24.7	22	36.6
Kilo Kaybı	36	14.8	12	33.3
Yorgunluk	174	71.6	107	61.4
Eklem Sertliği	43	17.7	13	30.2
Gözlerde Yanma	81	33.3	50	61.7
Hırıltılı Soluma	50	20.6	18	36.0
Baş Ağrıları	197	81.1	182	92.3
Mide Yakınmaları	74	30.5	19	25.6
Uyku güçlükleri	120	49.4	62	51.6
Sersemlik hissi	110	45.3	86	78.1
Güç kaybı	114	46.9	58	50.8

Tablo 4.4' de hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutu belirtileri verilmektedir. Bireylerin hastalık başlangıcından beri en fazla baş ağrısı, yorgunluk, uyku güçlükleri yaşadıkları ve en çok baş ağrısı belirtisini hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri tespit edildi.

Tablo 4.5. Hastalık Algısı Ölçeğinin Olası Hastalık Nedenlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Olası Hastalık Nedenleri	X ± SS	Ort. ± SS
Psikolojik Atıflar		
Stres ya da endişe	4.15 ± 1.06	
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	3.05 ± 1.77	19.69 ± 4.87
Aile Problemleri	3.07 ± 1.35	
Aşırı Çalışma	3.16 ± 1.32	
Duygusal Durumum	3.09 ± 1.27	
Kişilik Özelliklerim	3.17 ± 1.19	
Risk Faktörleri		
Kalıtsal	3.65 ± 1.23	
Diyet ve yemek alışkanlıkları	3.19 ± 1.27	
Geçmişteki kötü tıbbi bakım	1.91 ± 0.99	18.57 ± 3.97
Kendi Davranışım	3.02 ± 1.17	
Yaşlanma	3.28 ± 1.30	
Alkol	1.56 ± 0.99	
Sigara İçme	1.96 ± 1.33	
Bağışıklık		
Bir mikrop veya virüs	1.67 ± 0.89	
Çevre kirliliği	2.08 ± 1.13	6.70 ± 2.15
Vücut direncimin azalması	2.95 ± 1.28	
Kaza ve Şans		
Şans ya da Kötü Talih	2.64 ± 1.27	4.28 ± 1.58
Kaza ya da Yaralanma	1.65 ± 1.02	

Araştırma kapsamındaki bireylerin hastalık algısı ölçeği olası hastalık nedenlerinin puan ortalaması dağılımları Tablo 4.5’de verildi. Bireyler hastalık nedeni olarak 4.15 ± 1.06 ortalamayla en fazla stres ve endişenin etkili olduğunu belirtti.

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Tipi ve Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu Puan Ortalamalarının

Özellikler	n	Hastalık Tipi	Süre(A/K)	Kişisel kontrol	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi kontrolü	Süre (döngüsel)
Cinsiyet									
Kadın	161	3.34±2.21	23.02±4.66	21.68±3.23	16.81±4.82	18.90±3.23	15.93±4.38	18.73±2.58	13.19±2.35
Erkek	82	2.84±2.05	22.50±5.24	21.41±3.20	15.48±5.15	19.81±3.45	14.33±4.59	18.38±2.56	11.91±2.84
		Z _{grubu} : -1.491 P: 0.136	Z _{grubu} : -0.537 P: 0.598	Z _{grubu} : 0.990 P: 0.322	Z _{grubu} : -2.124 P: 0.034	Z _{grubu} : -0.108 P: 0.914	Z _{grubu} : -2.657 P: 0.008	Z _{grubu} : -1.042 P: 0.297	Z _{grubu} : -3.817 P: 0.000
Yaş									
30-50	46	3.04±1.50	21.74±6.43	22.67±3.53	15.96±4.48	19.22±3.85	15.00±4.84	19.26±2.56	12.80±2.50
51-70	151	3.23±2.31	23.05±4.59	21.62±3.03	15.89±5.08	19.24±3.17	15.17±4.32	18.77±2.49	12.75±2.63
71 ve üzeri	46	3.09±2.23	23.28±3.70	20.41±3.15	18.33±4.64	17.67±2.86	16.50±4.69	17.41±2.53	12.74±2.61
		P: 0.911	P: 0.533	P: 0.002	P: 0.045	P: 0.004	P: 0.146	P: 0.001	P: 0.942
Medeni durum									
Evlü	200	3.09±2.03	22.87±5.00	21.87±3.18	16.08±4.94	19.10±3.32	15.05±4.45	18.74±2.48	12.66±2.62
Bekâr	43	3.56±2.70	22.77±4.19	20.51±3.20	17.70±4.91	18.21±3.15	16.98±4.48	18.00±2.91	13.26±2.40
		Z _{grubu} : -0.683 P: 0.495	Z _{grubu} : -0.768 P: 0.442	Z _{grubu} : -2.462 P: 0.014	Z _{grubu} : -1.640 P: 0.101	Z _{grubu} : -1.699 P: 0.089	Z _{grubu} : -2.699 P: 0.007	Z _{grubu} : -1.990 P: 0.047	Z _{grubu} : -1.334 P: 0.182
Çalışma Durumu									
Evet	58	3.02±1.94	21.97±6.12	22.24±2.94	14.91±4.98	20.10±3.05	14.14±5.15	18.95±2.68	11.83±2.92
Hayır	185	3.22±2.33	23.12±4.37	21.38±3.28	16.82±4.88	18.57±3.30	15.78±4.22	18.50±2.54	13.05±2.41
		Z _{grubu} : -0.223 P: 0.824	P: 0.442	P: 0.062	P: 0.006	P: 0.002	P: 0.005	P: 0.136	P: 0.006
Yaşadığı Yer									
İl	129	3.06±2.29	22.95±4.61	21.89±3.11	16.77±4.78	19.08±3.23	15.01±4.46	18.87±2.63	13.07±2.61
İlçe	60	3.13±1.97	22.73±5.82	21.75±3.15	15.57±5.50	19.85±2.75	14.78±4.86	18.88±2.24	12.27±2.62
Köy	54	3.46±2.06	22.72±4.31	20.69±3.43	16.28±4.73	17.59±3.65	16.96±3.88	17.69±2.61	12.57±2.46
		P: 0.335	P: 0.596	P: 0.112	P: 0.117	P: 0.003	P: 0.01	P: 0.017	P: 0.073
Aylık Gelir									
1000TL ve altı	36	3.25±2.79	22.25±4.84	20.42±3.65	16.58±5.02	18.22±3.73	16.19±4.07	17.81±2.74	13.08±2.84
1001-2000 TL	97	3.42±2.21	22.79±4.97	21.22±3.16	16.22±5.31	18.68±3.44	15.69±4.53	18.69±2.56	13.11±2.54
2001 TL ve üzeri	110	2.92±1.86	23.09±4.78	22.30±2.97	16.42±4.67	19.40±2.97	14.85±4.59	18.80±2.50	12.35±2.51
		P: 0.317	P: 0.486	P: 0.007	P: 0.929	P: 0.294	P: 0.175	P: 0.187	P: 0.061

Tablo 4.6'da sosyodemografik özelliklere göre hastalık tipi ve hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırması verilmektedir. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık tipi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05)

Hastaların cinsiyetlerine göre duygusal temsiller algısı, sonuçlar algısı ve süre (döngüsel) algısı arasında anlamlı bir fark bulundu (p<0.05). Duygusal temsiller alt

boyut puan ortalaması kadınlarda 16.81 ± 4.82 , erkeklerde 15.48 ± 5.15 olarak bulundu. Sonuçlar algısı puan ortalaması kadınlarda 15.93 ± 4.38 , erkeklerde 14.33 ± 4.59 olup; süre (döngüsel) algısı puan ortalaması ise kadınlarda 13.19 ± 2.35 , erkeklerde 11.91 ± 2.84 olarak belirlendi. Bunun yanı sıra cinsiyetin süre (akut/kronik) algısı, kişisel kontrol algısı, hastalığı anlayabilme algısı, tedavi kontrol algısı ile arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.6).

Yaşa göre hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırması Tablo.4.6' da verilmektedir. Yaşa göre kişisel kontrol algısı, duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, tedavi kontrol algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Yaş arttıkça kişisel kontrol puan ortalamasının, tedavi kontrol puan ortalamasının düştüğü tespit edildi. 71 yaş ve üzeri hastalarda duygusal temsiller puan ortalamasının en yüksek ve hastalığı anlayabilme algısı puan ortalamasının en düşük olduğu bulundu. Süre (A/K), sonuçlar algısı, süre (döngüsel) algısının ise yaşla arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki bireylerin medeni durumuna göre hastalık algısı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; kişisel kontrol algısı, sonuçlar algısı ve tedavi kontrol algısının medeni durumla arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Evli bireylerdeki kişisel kontrol algı puan ortalaması 21.87 ± 3.18 , bekârlarda ise 20.51 ± 3.20 olup, evli bireylerde kişisel kontrol algısının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sonuçlar algı puan ortalaması evlilerde 15.05 ± 4.45 , bekârlarda ise 16.98 ± 4.48 olup; bekâr bireylerin evli bireylere göre hastalıklarının ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandıklarını göstermektedir. Tedavi kontrol algı puan ortalaması evli bireylerde 18.74 ± 2.48 , bekâr bireylerde 18.00 ± 2.91 olarak bulundu. Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından süre (akut/kronik) algısının, duygusal temsiller algısının, hastalığı anlayabilme algısının ve süre (döngüsel) algısının bireylerin medeni durumuyla arasında

anlamli bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Duygusal temsiller algısının, hastalığı anlayabilme algısının, sonuçlar algısının, süre (döngüsel) algısının bireylerin çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık oluşturduğu tespit edildi ($p<0.05$). Çalışan bireylerde duygusal temsiller algı puan ortalaması 14.91 ± 4.98 , çalışmayan bireylerde duygusal temsiller algı puan ortalaması $16,82 \pm 4,88$; çalışan bireylerde hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması $20,10 \pm 3,05$, çalışmayan bireylerde hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması $18,57 \pm 3,30$; sonuçlar algı puan ortalaması çalışanlarda $14,14 \pm 5,15$, çalışmayanlarda sonuçlar algı puan ortalaması $15,78 \pm 4,22$; çalışan bireylerde süre (döngüsel) algı puan ortalaması $11,83 \pm 2,92$, çalışmayan bireylerde süre (döngüsel) algı puan ortalaması $13,05 \pm 2,41$ olarak bulundu. Bireylerin çalışma durumlarına göre süre(akut/kronik) algısı, kişisel kontrol algısı, tedavi kontrol algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Hastaların yaşadıkları yere göre hastalık algısı ölçeği puan ortalamalarının bireylerin yaşam yeriyle karşılaştırılması Tablo.4.6'da verilmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları yaşam yerine göre değerlendirildiğinde; hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$). Hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması ilde yaşayan bireylerde 19.08 ± 3.23 , ilçede yaşayan bireylerde hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması 19.85 ± 2.75 , köyde yaşayan bireylerde hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması 17.59 ± 3.65 olarak bulundu. İlde yaşayan bireylerde sonuçlar algı puan ortalaması 15.01 ± 4.46 , ilçede yaşayanlarda 14.78 ± 4.86 , köyde yaşayanlarda 16.96 ± 3.88 olarak bulundu. Tedavi kontrol algı puan ortalaması ilde yaşayan bireylerde 18.87 ± 2.63 , ilçede yaşayanlarda 18.88 ± 2.24 , köyde yaşayanlarda 16.96 ± 3.88 olduğu saptandı. Çalışmaya katılan bireylerin yaşam yerinin süre (Akut/Kronik) algısı, kişisel kontrol algısı, duygusal temsiller algısı, süre (döngüsel) algısı alt boyutlarıyla arasında anlamlı bir fark

bulunamadı ($p>0.05$). Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelirlerine göre hastalık algısı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; kişisel kontrol algısı ile aylık gelirleri arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Kişisel kontrol algısı puan ortalamasının bireylerin gelir miktarıyla arttığı belirlendi. Gelir miktarı arttıkça bireylerin kişisel kontrol algısı da artmaktadır. Aylık gelir miktarının süre (akut/kronik) algısı, duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı, süre (döngüsel) algısı alt boyutlarıyla arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Tipi ve Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Hastalık Tipi	Süre(A/K)	Kişisel kontrol	Duygusal Temsiller	Hastalığı Anlayabilme	Sonuçlar	Tedavi kontrolü	Süre (döngüsel)
Hastalık Süresi									
1-5 yıl	98	2.94 ± 1.99	21.05 ± 5.69	22.08 ± 3.26	15.36 ± 4.81	19.10 ± 3.76	13.95 ± 4.43	18.93 ± 2.68	12.40 ± 2.63
6-10 yıl	74	3.39 ± 2.44	23.54 ± 4.35	21.46 ± 3.23	16.51 ± 5.39	18.97 ± 3.18	15.99 ± 4.57	18.80 ± 2.60	13.18 ± 2.56
11 yıl ve üzeri	73	3.25 ± 2.08	24.51 ± 3.11	21.07 ± 3.09	17.52 ± 4.48	18.94 ± 3.30	16.67 ± 4.05	18.00 ± 2.32	12.70 ± 2.55
		P: 0.499	P: 0.001	P: 0.065	P: 0.012	P: 0.259	P: 0.000	P: 0.043	P: 0.252
Aile Öyküsünde HT varlığı									
Var	197	3.16 ± 2.15	23.02 ± 4.89	21.72 ± 3.04	16.29 ± 4.75	19.07 ± 3.07	15.14 ± 4.57	18.94 ± 2.29	12.98 ± 2.46
Yok	46	3.20 ± 2.24	22.11 ± 4.66	21.02 ± 3.88	16.65 ± 5.83	18.37 ± 4.13	16.43 ± 4.12	17.20 ± 3.20	11.83 ± 2.95
		Z _{mnwu} : 0.121	P: 0.117	P: 0.172	P: 0.799	P: 0.295	P: 0.066	P: 0.000	P: 0.009
		P: 0.903							
HT Nedeniyle Ailede Sakat Kalan/ Ölen Varlığı									
Var	63	3.06 ± 2.11	22.63 ± 5.83	22.17 ± 3.17	16.21 ± 4.69	19.71 ± 2.92	15.56 ± 4.47	19.14 ± 2.10	13.13 ± 2.64
Yok	180	3.21 ± 2.18	22.92 ± 4.48	21.38 ± 3.21	16.42 ± 5.06	18.67 ± 3.39	15.33 ± 4.53	18.42 ± 2.70	12.63 ± 2.56
		Z _{mnwu} : -0.475	P: 0.943	P: 0.041	P: 0.949	P: 0.018	P: 0.598	P: 0.048	P: 0.147
		P: 0.635							
Ek Hastalık Durumu									
Var	85	3.35 ± 2.33	21.85 ± 5.72	22.38 ± 3.37	14.54 ± 4.78	19.55 ± 3.35	14.06 ± 4.89	19.20 ± 2.84	12.74 ± 2.85
Yok	158	3.07 ± 2.07	23.39 ± 4.24	21.16 ± 3.06	17.34 ± 4.79	18.61 ± 3.23	16.10 ± 4.13	18.29 ± 2.37	12.77 ± 2.45
		Z _{mnwu} : -0.843	P: 0.097	P: 0.002	P: 0.000	P: 0.016	P: 0.000	P: 0.002	P: 0.98
		P: 0.399							

Hastaların hastalık özelliklerine göre hastalık tipi ve hastalık hakkındaki görüşler alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’ de verilmektedir. Hastalık özelliklerine göre hastalık tipi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Hipertansiyon tanı alma süresine göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları tablo 4.7’de verilmektedir. Çalışma kapsamındaki bireylerin hipertansiyon tanısı alma süresine göre süre (A/K) algısı, duygusal temsiller algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı alt boyutlarının hipertansiyon tanısı alma süresiyle arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Süre (A/K) algısı puan ortalaması hastalık süresi 1-5 yıl arasında olan bireylerde 21.05 ± 5.69 , hastalık süresi 6-10 yıl arasında olan bireylerde 23.54 ± 4.35 , hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan bireylerde 24.51 ± 3.11 olarak bulunmuş ve hastalıkla geçen süre arttıkça süre (A/K) algısı puan ortalamasının arttığı görüldü. Duygusal temsiller algı puan ortalaması; hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylerde 15.36 ± 4.81 , hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylerde 16.51 ± 5.39 , hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan bireylerde 17.52 ± 4.48 olarak tespit edildi. Sonuçlar algı puan ortalaması hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylerde 13.95 ± 4.43 , hastalık süresi 6-10 yıl arasında olan bireylerde 15.99 ± 4.57 , hastalık süresi 11 yıl ve üzerinde olan bireylerde 16.67 ± 4.05 olarak belirlendi. Tedavi kontrol algı puan ortalaması; hastalık süresi 1-5 yıl arasında olan bireylerde 18.93 ± 2.68 , hastalık süresi 6-10 yıl arasında olan bireylerde 18.80 ± 2.60 , hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan bireylerde ise 18.00 ± 2.32 olarak bulundu. Araştırma kapsamındaki bireylerde hastalık algısı ölçeği puanlarıyla hipertansiyon tanısı alma süresi karşılaştırıldığında kişisel kontrol algısı, hastalığı anlayabilme algısı, süre (döngüsel) algısı alt boyutlarıyla arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık algısı ölçeği puanlarının ailesinde ve çevresinde hipertansiyon tanısı alma durumuna göre incelendiğinde; tedavi kontrol

algısı, süre (döngüsel) algısı alt boyutlarının ailesinde hipertansiyon tanısı olmasıyla arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Aile öyküsünde hipertansiyon olan bireylerin tedavi kontrol algı puan ortalaması 18.94 ± 2.29 , aile öyküsünde hipertansiyon olmayan bireylerde tedavi kontrol algı puan ortalaması 17.20 ± 3.20 olarak bulundu. Aile öyküsünde hipertansiyon olan bireylerde tedavi kontrol puanının daha yüksek çıktığı görüldü. Ailesinde hipertansiyon tanısı almış bireylerin olduğu bireylerin süre (döngüsel) algı puan ortalaması 12.98 ± 2.46 , aile öyküsünde hipertansiyon olmayan bireylerde süre (döngüsel) algı puan ortalaması 11.83 ± 2.95 olarak bulundu. Aile öyküsünde hipertansiyon olan bireylerde süre (döngüsel) algı puanı daha yüksek tespit edildi.

Tablo 4.7’de hastalık algısı ölçeği puan ortalamalarının bireylerin hipertansiyon nedeniyle sakat kalan/ ölen aile yakınlarının varlığına göre karşılaştırılması verilmektedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin hipertansiyon sebebiyle sakat kalan/ ölen aile yakınının olmasına göre dağılımı incelendiğinde; kişisel kontrol algısı, hastalığı anlayabilme algısı ve tedavi kontrol algısının aile öyküsünde hipertansiyon nedeniyle sakat kalan/ ölen bireylerin varlığıyla arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olan bireylerin kişisel kontrol algı puanı 22.17 ± 3.17 aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olmayan bireylerde ise kişisel kontrol puan ortalaması 21.38 ± 3.21 olarak bulundu. Aile öyküsünde sakat kalan/ ölen yakını olan araştırmadaki bireylerin kişisel kontrol algısını arttırdığı görüldü. Aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olan bireylerin hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması 19.71 ± 2.92 aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olmayan bireylerde ise hastalığı anlayabilme puan ortalaması 18.67 ± 3.39 olarak bulundu. Aile öyküsünde sakat kalan/ ölen yakını olan araştırmadaki bireylerin hastalığı anlayabilme algı puan ortalamasını daha yüksek olduğu görüldü. Aile öyküsünde sakat kalan/ölen

yakını olan bireylerin kişisel tedavi kontrol algı puan ortalaması 19.14 ± 2.10 aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olmayan bireylerde ise tedavi kontrol algı puan ortalaması 18.42 ± 2.70 olarak tespit edildi. Aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olan bireylerin tedavi kontrol algı puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu. Hastalık algısı ölçeği puanları ailesinde hipertansiyon nedeniyle sakat kalan/ölen bireylerin varlığına göre incelendiğinde, süre (akut/kronik) algısı, duygusal temsiller algısı, sonuçlar algısı ve süre (döngüsel) algısı alt boyutlarıyla anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları başka bir kronik hastalık varlığına göre değerlendirildiğinde; kişisel kontrol algısı, duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı alt boyutlarında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerde kişisel kontrol algı puan ortalaması 22.38 ± 3.37 başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerde kişisel kontrol algı puan ortalaması 21.16 ± 3.06 olarak bulundu. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerde kişisel kontrol algı puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerde duygusal temsiller algı puan ortalaması 14.54 ± 4.78 başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerde duygusal temsiller algı puan ortalaması 17.3 ± 4.79 olarak tespit edildi. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerde duygusal temsiller algı puan ortalaması daha yüksek olduğu belirlendi. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerde hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması 19.55 ± 3.35 başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerde hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması 18.6 ± 3.23 olarak tespit edildi. Başka bir kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarını daha iyi anladıkları görüldü. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerde sonuçlar algı

puan ortalaması 14.06 ± 4.89 başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerde sonuçlar algı puan ortalaması 16.10 ± 4.13 olarak bulundu. Başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerin hastalıklarının ciddi sonuçları olduğuna olan inançlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerde tedavi kontrol algı puan ortalaması 19.20 ± 2.84 başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerde tedavi kontrol algı puan ortalaması 18.29 ± 2.37 olarak tespit edildi. Hipertansiyon ek başka bir kronik hastalığı olan bireylerin tedavileriyle hastalıklarını kontrol altına alma inançlarının daha yüksek olduğu bulundu. Süre (akut/kronik) algı ve süre (döngüsel) algı alt boyutlarının başka bir hastalık varlığıyla karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4.8. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	N	X ± SS	P
Cinsiyet			
Kadın	161	21.33 ± 6.38	0.125
Erkek	82	22.76 ± 6.17	
Yaş			
30-50	46	22.11 ± 5.80	0.971
51-70	151	21.68 ± 6.59	
71 ve üzeri	46	21.96 ± 6.09	
Medeni Durum			
Evli	200	22.20 ± 6.29	0.032
Bekâr	43	20.02 ± 6.29	
Çalışma Durumu			
Çalışan	59	23.59 ± 6.04	0.016
Çalışmayan	185	21.25 ± 6.34	
Yaşadığı Yer			
İl	129	22.99 ± 6.36	0.001
İlçe	60	22.45 ± 5.16	
Köy	54	18.28 ± 6.25	
Aylık Gelir			
1000 tl ve altı	36	16.94 ± 6.76	0.001
1001-2000 tl	97	21.56 ± 6.09	
2000 tl üzeri	110	23.63 ± 5.52	

Tablo 4.8’de yaşam doyumu ölçeğinin bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmektedir. Bireylerin medeni durumu, çalışma durumu, yaşam yeri, aylık gelir özelliklerine göre yaşam doyumu puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşam doyumu puan ortalamalarına bakıldığında; evli bireylerin yaşam doyum puan ortalaması 22.20 ± 6.29 bekâr bireylerin yaşam doyum puan ortalaması 20.02 ± 6.29 olarak bulunup ve evli bireylerin yaşam doyumunun bekârlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Çalışan bireylerin yaşam doyum puan ortalaması 23.59 ± 6.04 çalışmayan bireylerin yaşam doyum puan ortalaması 21.25 ± 6.34 olup çalışan bireylerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu tespit edildi. İlde yaşayan bireylerin yaşam doyum puan ortalaması 22.99 ± 6.36 ilçede yaşayan bireylerin yaşam doyum puan ortalaması 22.45 ± 5.16 köyde yaşayan bireylerin yaşam doyum puan ortalaması ise 18.28 ± 6.25 olarak bulunmuş ve ilde yaşayan bireylerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görüldü. Yaşam doyumu puan ortalamasının bireylerin aylık gelirleri ile artış gösterdiği belirlendi. Bireylerin cinsiyeti ve yaşına göre yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

HT tanısı aldığı süre			
1-5 yıl	98	21.44 ± 6.15	0.471
6-10 yıl	74	22.31 ± 6.52	
11 yıl ve üzeri	73	$21,79 \pm 6,43$	
Ailede HT varlığı			
Var	197	22.05 ± 6.06	0.297
Yok	46	20.80 ± 7.36	
HT bağlı ailede sakat kalan/ölen varlığı			
Var	63	20.19 ± 6.14	0.016
Yok	180	22.38 ± 6.32	
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı			
Var	85	21.32 ± 6.17	0.264
Yok	158	22.08 ± 6.42	
Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu			
Gidiyor	189	21.95 ± 6.39	0.392
Gitmiyor	54	21.31 ± 6.15	

Tablo 4.9’da yaşam doyumu ölçeği puan ortalamasının bireylerin hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması verilmektedir. Yaşam doyumu puan ortalamasının çalışma kapsamındaki bireylerin hastalık özelliklerine göre incelenmesi yapıldığında;

bireylerin aile öyküsünde hipertansiyona bağlı sakat kalan/ölen yakının varlığıyla yaşam doyumu arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Aile öyküsünde sakat kalan/ölen yakını olan bireylerin yaşam doyumunun düşük çıktığı belirlendi. HT tanısı aldığı süre, ailede HT varlığı, başka bir kronik hastalık varlığı, sağlık kontrolüne gitme durumu değişkenleriyle yaşam doyumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 4.10. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ile Yaşam Doyumu Ölçeği Arasındaki İlişki

HAÖ Alt Boyutları	Yaşam Doyumu Ölçeği	
Hastalık Belirtisi (Tipi)	r_s	-0.131*
	P	0.041
Hastalık Hakkındaki Görüşler		
Kişisel kontrol	r_s	-0.031
	P	0.625
Süre (akut/kronik)	r_s	0.011
	P	0.864
Duygusal Temsiller	r_s	0.044
	P	0.499
Hastalığı anlayabilme	r_s	-0.049
	P	0.451
Sonuçlar	r_s	-0.098
	P	0.127
Tedavi kontrolü	r_s	0.009
	P	0.883
Süre (döngüsel)	r_s	-0.068
	P	0.288

Pearson Correlation

Tablo 4.10'da bireylerin hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının yaşam doyumu ölçeğiyle ilişkisi verilmektedir. Hastalık algısı ölçeğinin yaşam doyumuyla ilişkisi incelendiğinde; yaşam doyumu puanları ile hastalık ölçeğinin hastalık tipi puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Hastalık belirti puanı yüksek çıkan bireylerin yaşam doyumu puanının düşük olduğu görüldü. Kişisel kontrol algısı, süre (akut/kronik) algısı, duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı ve süre (döngüsel) algısı alt boyut puanları ile yaşam doyumu puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının yaşam doyumuna etkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular incelendi ve ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.^{57,58,63,66,69,72-74,85,94,95,97,100-102,104,105,107,108}

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık algısı ölçeği hastalık tipi alt boyut puan ortalaması 3.17 ± 2.16 olarak belirlendi (Tablo 4.3). Bu durum hastalığın başlangıcından beri bireylerin ortalama üç belirti yaşadıklarını ve bu belirtileri hastalıklarıyla ilişkili bulduklarını göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularının literatür çalışmalarıyla uyumlu olduğu görüldü.^{97,98}

Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; süre (akut/kronik) algı puan ortalaması ve kişisel kontrol algı puan ortalaması en yüksek ve süre (döngüsel) algı puan ortalaması en düşük bulundu (Tablo 4.3). Süre (akut/kronik) algı puanlarının yüksek çıkması, araştırmadaki bireylerin hastalıklarının uzun süreceğini, hastalıklarının geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu, yaşamlarının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceklerini düşündüklerini dolayısıyla hastalıklarının kronik olduğuna inandıklarını göstermektedir. Hastalık algısı üzerine yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; kişisel kontrol algı puan ortalaması ve süre (akut/kronik) algı puan ortalamasının en yüksek, süre (döngüsel) algı puan ortalamasının en düşük olduğu ve bu çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği saptandı.^{94,95} Kişisel kontrol algı puan ortalaması 21.59 ± 3.22 olarak bulundu (Tablo 4.3). Literatürle de benzerlik gösteren bu durum, bireylerin hastalıkları üzerinde kişisel kontrollerinin olduğuna inandıklarını göstermektedir.^{98,101}

Duygusal temsiller algı puan ortalaması 16.36 ± 4.96 olarak bulundu (Tablo 4.3). Bu çalışmadaki duygusal temsiller algı puan ortalamasının literatürdeki benzer çalışma

ile uyumlu olduğu görüldü.⁹⁴ Duygusal temsiller algı puan ortalamasının orta düzeyde çıkmış olması bireylerin hastalıklarını düşündüklerinde öfke, kaygı, korku, üzüntü gibi duygularının yüksek olmadığını göstermektedir. Literatür incelemelerine bakıldığında duygusal temsiller algı puan ortalamasının yapılan çalışmalarda farklılık gösterdiği tespit edildi.⁹⁵ Bu çalışmada orta seviyede olmasının nedeni bireylerin hastalıklarına yönelik kişisel kontrol düzeylerinin yüksek çıkmış olması, çoğunun hastalıklarını anlayabilme algılarının yüksek olması ve sosyo-demografik özelliklerle açıklanabilir.

Hastalığı anlayabilme algı puan ortalaması 18.94 ± 3.30 olarak belirlendi (Tablo 4.3). Bu sonuç araştırmadaki bireylerin çoğunluğunun hastalıklarını ve hastalığın seyrini anlayabildiklerini göstermektedir. Literatürdeki hastalık algısı çalışmaları incelendiğinde bulgularımızın literatürle farklı sonuçların elde edildiği çalışmaların mevcut olduğu görüldü.^{85,94,95,97,99,100} Bu durum, çalışmaların yapıldığı grupların sosyo-demografik özellikleri, aldıkları sağlık hizmetlerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Sonuçlar alt boyut puan ortalaması 15.39 ± 4.51 olarak, diğer alt boyutlara göre daha düşük bulundu (Tablo 4.3). Çalışma kapsamındaki bireylerin çoğunluğunun hastalıklarının ciddi sonuçları olduğuna dair inançlarının düşük olduğu belirlendi. Yapılan benzer çalışmada sonuçlar algı puan ortalaması 12.77 ± 3.65 bulundu ve bulgularımızın literatürle uyumlu olarak düşük olduğu tespit edildi.⁹⁴ Bu durum, hipertansiyon hastalarına ilişkin yapılan çalışmada olduğu gibi farkındalığın düşük olduğu bireylerde kontrol oranlarının da yeterli düzeye ulaştırılamamış olmasını da göstermektedir.

Tedavi kontrolü algı puan ortalaması 18.61 ± 2.57 olarak bulundu. Bu alt boyutun yüksek çıkmış olması araştırmadaki bireylerin hipertansiyon tedavilerinin hastalıklarını kontrol altında tutmayı sağlayacaklarına ve tedavileriyle hastalığın olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılacağına olan inançlarının kuvvetli olduğunu göstermektedir. Diğer

kronik hastalıklarla yapılan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği tespit edildi.^{58,95,97,99}

Hastaların süre (döngüsel) algı puan ortalaması diğer alt boyut puan ortalamalarına göre en düşük bulundu (Tablo 4.3). Bu sonuca göre araştırma kapsamındaki bireylerin hastalığı döngüsel olarak nitelendirmedikleri görülmektedir. Literatürdeki benzer ve farklı hasta gruplarıyla yapılan diğer çalışmalarda da bireylerin süre (döngüsel) algı puanlarının en düşük seviyede olduğu, bulgularımızın bu yönüyle literatürle uyum gösterdiği belirlendi.^{94,100}

Hastalığın olası nedenleri alt boyut puan ortalaması değerlendirildiğinde araştırmadaki bireylerin hastalık nedeni olarak en fazla psikolojik atıfları ve risk faktörlerini gördükleri tespit edildi (Tablo 4.5). Kaza ve şans alt boyutu puan ortalaması ise en düşük bulundu. Bu durum bireylerin stresin, yaşamları hakkında olumsuz düşüncelerinin, aile problemlerinin, aşırı çalışmanın, duygusal durumlarının, kişilik özelliklerinin, kalıtımın, diyet-yemek alışkanlıklarının, kötü tıbbi bakımın, yaşlanmanın, alkol ve sigaranın hastalık gelişiminde etkili olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Literatürdeki benzer ve farklı hasta gruplarıyla yapılan birçok çalışmaya bakıldığında; hastalık nedeni alt boyutları yönüyle bu çalışmanın bulgularının benzer olduğu belirlendi.^{66,85,94,102} Hastalığın algılanmasında bireysel düşüncelerin etkisi kadar yakın çevrelerindeki bireylerin hastalıkla ilgili yaşanmış olan bir takım deneyimleri ve bireylerin kültürel yatkınlıkları etki etmektedir. Türk toplumunun kültürel yapısı göz önünde bulundurulduğunda, hastalıkların stres, sıkıntı ve endişeyle ortaya çıktığı görüşünün ağır bastığı görüldü.¹⁰¹ Çalışma kapsamındaki bireyler hastalığın başlangıcından beri en fazla baş ağrısı, yorgunluk ve uyku güçlükleri yaşadıkları ve en çok baş ağrısı belirtisinin hastalıklarıyla ilgili olduğunu belirttikleri bulundu (Tablo 4.4). Bu bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.^{10,85} Baş

ağrısı ve halsizlik-yorgunluk kan basıncı yüksekliğinde ortaya çıkabilecek belirtiler arasında sayılmaktadır.^{20,26}

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde;

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin hastalık tipi alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği tespit edildi (Tablo 4.6). Çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği görüldü.^{85,96,102,119}

Cinsiyete göre hastalık hakkındaki görüşler alt boyut puan ortalamaları değerlendirildi ve duygusal temsiller, sonuçlar ve süre (döngüsel) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (Tablo 4.6). Kadınların duygusal temsiller algısı, sonuçlar algısı ve süre (döngüsel) algısının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan benzer çalışmalarla bu çalışmanın bulgularının uyumlu olduğu görüldü.^{58,85,97,99,102} Bu sonuç, kadınların hastalıklarını düşündüklerinde erkeklere oranla daha fazla endişe ve üzüntü duygusu hissettikleri, hastalıklarının fiziksel, sosyal, psikolojik işlevselliğine yönelik etkisinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Kadınların erkeklere göre, hastalıklarının yakınlarına daha fazla sıkıntı yarattığını, yaşamlarını daha fazla etkilediğini ve ciddi sonuçları olduğuna inançlarının yüksek olduğunu düşündüklerini belirtmektedir. Kadınların erkeklere oranla hastalıklarının zaman içinde farklı yansımaları olduğunu düşündüklerini de göstermektedir.

Hastaların yaşlarına göre hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kişisel kontrol, duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme ve tedavi kontrolü alt boyutları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.6). Yaş ilerledikçe kişisel kontrol algısı ve tedavi kontrol algısının azaldığı, duygusal temsiller algısının arttığı belirlendi. Literatürdeki diğer

çalışmalara bakıldığında; yaş ilerledikçe bireylerin kişisel kontrol algısı ve tedavi kontrol algısının azaldığı görülüp, bu çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği tespit edildi.^{85,96,98} Bu durum, bireylerin yaşlandıkça tedavinin hastalık kontrolünde yeterli olmayacağını ve kişisel kontrolle hastalıklarını kontrol altında tutabilme güçlerinin olmadığını düşündüklerini göstermektedir. Yaş ilerledikçe bireylerin hastalıklarına dair olan endişe ve korku duygularının arttığı görüldü. Bu durum, yaşla birlikte bireylerin hastalıklarına yönelik kişisel kontrol ve tedavi kontrol yeteneklerinin azalmasıyla açıklanabilir.

Medeni duruma göre hastalık algısı alt boyut puan ortalaması değerlendirildiğinde; kişisel kontrol algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı puan ortalamalarında medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu bulundu. Evli bireylerde kişisel kontrol algısının ve tedavi kontrol algısının yüksek, sonuçlar algısının düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4.6). Kronik hastalıklar ve tip 2 diyabetlilerde hastalık algısının araştırıldığı benzer çalışmalarda medeni durumun hastalık algısı alt boyutlarında farklılık oluşturmadığı görüldü.^{95,97} Ancak Tip 2 diyabetlilerin hastalık algısının araştırıldığı başka bir çalışmada evli bireylerin kişisel kontrol algısının bekâr olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.⁹⁶ Evli bireylerin hastalık üzerindeki kontrollerinin yüksek olması evli bireylerin eş ve aile bireylerinden aldığı sosyal desteğin daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Bu araştırma bulgularına göre bekâr bireylerin hastalıklarına yönelik ciddi sonuçları olduğunu ve hastalıklarının yaşamlarını etkilediğini düşündüklerini göstermektedir. Bu durum, bekârların sosyal desteklerinin evlilere göre daha az olması, kişisel kontrol ve tedavi kontrol algılarının düşük olmasına bağlanabilir.

Çalışma durumuna göre hastalık algısı alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar

algısı, süre (döngüsel) algısı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulundu (Tablo 4.6). Çalışmayan bireylerin duygusal temsiller, sonuçlar algısı ve süre (döngüsel) algısı çalışan bireyelerinkinden yüksek bulundu. Hastalığı anlayabilme algısı çalışan bireyelerde daha yüksek tespit edildi. Diyabetlilerle yapılan benzer bir çalışmada bireyelerin çalışma durumlarına göre değerlendirilmesinde, çalışmayan bireyelerin duygusal temsiller algısının daha yüksek olduğu görüldü ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği saptandı.⁹⁹ Bu durum, çalışmayan bireyelerin hastalıklarına yönelik korku ve endişelerinin daha yoğun olduğu, hastalıklarının yaşamlarını etkiledikleri ve ciddi sonuçları olduğuna inandıkları, hastalıklarının zamanla farklı yansımaları olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Çalışan bireyelerin hastalıklarını ve hastalığın seyrini anlayabildiklerini göstermektedir. Bu da, çalışan bireyelerin eğitim düzeyleri ve maddi kazançlarıyla açıklanabilir.

Yaşadığı yere göre hastalık algısı alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar algısı ve tedavi kontrol algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi. İlçede yaşayan bireyelerin hastalığı anlayabilme algısının yüksek, köyde yaşayanların hastalığı anlayabilme algısının en düşük; sonuçlar algısının köyde yaşayanlarda en yüksek, ilçede yaşayanlarda en düşük, tedavi kontrol algısının köyde yaşayanlarda en düşük, ilçede yaşayanlarda ise en yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.6). Literatürdeki benzer bir çalışmada hastalığı anlayabilme algısının köyde yaşayanlarda düşük, ilçede yaşayanlarda yüksek olduğu ve bu çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği belirlendi.¹⁰²

Aylık gelire göre hastalık algısı alt boyutları puan ortalaması değerlendirildiğinde, kişisel kontrol algısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bireyelerin gelir miktarı arttıkça kişisel kontrol algısının arttığı tespit edildi (Tablo 4.6). Bu çalışmanın bulgularının diyabet hastalığı olan bireyelerde hastalık

algısının belirlenmesi için yapılan çalışmadaki bulgularla benzer sonuçları bulunduğu görüldü.⁶⁰ Kronik hastalıklar sağlık hizmeti alma, bakım, tedavi masraflarıyla bireyleri maddi açıdan zorlayacak etkiye sahiptir, gelir düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda hastalığı kontrol altında tutma ve tedaviye uyumun daha yüksek seviyede olduğu görülmektedir.¹¹²

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde;

Hastaların hastalık özelliklerinin hastalık tipi alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi (Tablo 4.7). Literatürdeki benzer çalışmayla benzerlik göstermediği görüldü.⁸⁵ Bu durum çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleriyle açıklanabilir.

Hastalık süresine göre hastalık algısı boyutları puan ortalaması incelendiğinde; süre (A/K) algısı, duygusal temsiller, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hastalık süresi uzadıkça süre (A/K) algısının arttığı görüldü. Bu durum bireylerin hastalıkla geçirdiği zaman uzadıkça hastalıklarının kalıcı olduğuna olan inançlarının artmasıyla açıklanabilir. Duygusal temsiller algısının hastalık süresi arttıkça arttığı görüldü. Bu durum bireylerin hastalıkla geçen yaşam süresinin uzaması, kronik hastalığın bireyin yaşamını etkileyerek, gelecekle ve hastalığıyla ilgili negatif düşüncelerin (endişe, korku, kaygı vb.) yoğunlaşmasındaki etkisiyle açıklanabilir. Hastalık süresi uzadıkça sonuçlar algısının arttığı belirlendi. Bulgular bu yönüyle literatürle benzerlik göstermektedir.^{85,97,102} Tedavi kontrol algısının hastalık süresiyle negatif ilişkisi olduğu bulundu. Hastalıkla geçen süre uzadıkça tedavi kontrol algısının azaldığı görüldü. Bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir.^{85,97} Kişisel kontrol algısı, süre (döngüsel) algısı ve hastalığı anlayabilme algısının hastalık tanısı alma süresi arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.7). Literatür çalışmaları

incelendiğinde bu çalışmanın bulgularının literatürle uyumluluk gösterdiği saptandı.^{10,97} Literatürdeki çalışmalarla paralellik gösteren bulgular, hipertansiyon tanısı alma süresi uzun olan bireylerin hastalıklarının ciddi sonuçları olduğunu, yakınlarına sıkıntı yaşattığını ve hastalığın yaşamlarını etkilediğini düşündükleri buna bağlı da hastalığa yönelik endişe ve korku gibi duygularının arttığını göstermektedir. Bu durum, hastalıkla geçen zaman arttıkça bireylerin sosyal, fiziksel yönden etkilendikleriyle açıklanabilir. Aynı zamanda hipertansiyon tanısı alma süresi arttıkça bireylerin hastalık üzerindeki kontrollerini kaybettikleri, hastalığın seyrini yeterince anlayamadıklarını ve tedaviyle hastalığın kontrol altına alınmasına dair inançlarını kaybettiklerini de göstermektedir.

Ailede hipertansiyon tanısı almış bireylerin varlığına göre hastalık algısı boyutları puan ortalamasının değerlendirilmesi yapıldığında; tedavi kontrol algısı ve süre (döngüsel) algısının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulundu. Aile öyküsünde hipertansiyon varlığı olan bireylerde tedavi kontrol algısı ve süre (döngüsel) algısı daha yüksek tespit edildi (Tablo 4.7). Literatürdeki benzer bir çalışmada ailede hipertansiyon tanısı almış bireylerin varlığıyla tedavi kontrol algısı ve süre (döngüsel) algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen aile öyküsünde hipertansiyon tanısı olan bireylerin tedavi kontrol algısı ve süre (döngüsel) algısının yüksek olduğu belirlendi. Literatür taramasında, bu çalışmanın bulgularının bu yönüyle literatürle benzerlik gösterdiği tespit edildi.⁸⁵

Ailesinde hipertansiyona bağlı sakat kalan ya da yaşamını kaybeden bireylerin olmasına göre hastalık algısı alt boyutları puan ortalaması değerlendirildiğinde, kişisel kontrol algısı, hastalığı anlayabilme algısı ve tedavi kontrol algısı arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi. Aile öyküsünde hipertansiyona bağlı sakat kalan ya da yaşamını kaybeden yakınları olan bireylerde kişisel kontrol algısı, hastalığı anlayabilme ve tedavi kontrol algısı yüksek bulundu (Tablo 4.7). Literatürdeki başka bir çalışmada ise,

ailesinde hipertansiyona bağlı ölüm ile hastalık algısı ölçek alt boyutları incelendiğinde kişisel kontrol algısı, hastalığı anlayabilme algısı ve tedavi kontrol algısı arasında anlamlı bir fark bulunmamış ancak, ailesinde hipertansiyona bağlı yaşamını kaybedenlerin olduğu bireylerin kişisel kontrol algısı ve tedavi kontrol algısı ailesinde hipertansiyona bağlı ölüm varlığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunduğu tespit edildi. Bulgularımızın bu yönüyle literatürle benzerlik gösterdiği görüldü.⁸⁵

Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalık varlığına göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamasının incelenmesi yapıldığında; başka bir kronik hastalığın varlığı kişisel kontrol algısı, duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, sonuçlar algısı ve tedavi kontrol algısı puan ortalamalarında anlamlı farklılık oluşturduğu saptandı. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerin kişisel kontrol algısı, tedavi kontrol algısı ve hastalığı anlayabilme algısının yüksek olduğu görüldü. Duygusal temsiller ve sonuçlar algısı ise düşük bulundu (Tablo 4.7). Bu durum, başka bir kronik hastalığı olan bireylerin hastalık üzerindeki kontrollerinin yüksek olduğu, tedaviyle hastalığın olumsuz sonuçlarını ortadan kaldıracaklarına inandıklarını, hastalığın seyrini yeterince anlayabildiklerini göstermektedir. Ayrıca hipertansiyona başka bir kronik hastalığın eşlik ettiği bireylerin hastalıklarının ciddi sonuçları olmadığını, hastalığa bağlı endişe, korku gibi duygularının hastalık üzerindeki kontrol seviyelerinin ve tedaviyle olumsuz etkilerin ortadan kalkacağına olan inançlarından dolayı düşük bulunduğunu göstermektedir. Bu bulguların literatür çalışmalarıyla benzerlik göstermedikleri görüldü.^{58,95} Bu durum, çalışmaların farklı hasta gruplarıyla yapılmış olmasından ve bireylerin hastalık özelliklerinden dolayı farklılık göstermiş olabilir. Literatürde yapılan incelemelere göre hipertansiyonlu bireylerde yaşam doyumu değerlendirilmesinin yapıldığı başka bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmada bireylerin yaşam doyum puan ortalamasının 21.81 ± 6.33

olduğu ve yaşamlarından memnun oldukları saptandı. Literatür incelemesinde fibromiyaljili bireylerle yapılan çalışmada bireylerin yaşamlarından az memnun oldukları, kemoterapi alan kanserli bireylerle yapılan çalışmada ise bireylerin yaşamlarından memnun oldukları belirlendi. Farklı hastalık gruplarında yaşam doyumunu incelendiği araştırmalarda farklı sonuçlar elde edildiği tespit edildi.^{12,103,105,109} Bu farklı sonuçlar da, çalışmaların yapıldığı grupların hastalık özellikleriyle açıklanabilir.

Hastaların yaşlarına göre yaşam doyumunu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına karşın 30-50 yaş grubunda en yüksek, 71 ve üzeri yaş grubunda en düşük bulundu (Tablo 4.8). Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerde yaşam doyumunu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada yaşla yaşam doyumunu arasında anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen yaş ilerledikçe yaşam doyumunun azaldığı belirlenip, çalışmamızla benzerlik gösterdiği tespit edildi.⁷² Bu durum, bireylerde yaşlanmaya bağlı meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle, bu değişikliklere bağlı fiziksel ve bilişsel işlevlerinde azalmaya, üretkenliğin ve yaşam içindeki rollerinin değişmesine bağlanabilir.¹¹⁰

Hastaların cinsiyetine göre yaşam doyumunu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak erkeklerin yaşam doyumunun kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8). Literatür çalışmalarıyla uyumlu bulundu.^{104, 106} Medeni duruma göre yaşam doyumunu arasında anlamlı fark bulundu. Evli bireylerin yaşam doyumunun bekâr bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, bu bulguların literatürle benzerlik gösterdikleri saptandı.^{72,104, 106} Bu durum, evli bireylerin eş ve çocuklarından aldığı sosyal destekle açıklanmaktadır.¹¹⁹

Çalışma durumuna göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışan bireylerin yaşam doyumu daha yüksek bulundu (Tablo 4.8). Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerde yaptığı çalışmada işsizlerin yaşam doyumunun en düşük bulunduğu görülüp, bu çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği saptandı.⁷² Bu durumun, çalışan bireylerin ekonomik durumlarıyla, sosyalleşme imkânlarının ve kişilerarası paylaşımlarının daha fazla olmasıyla alakalı olduğu düşünülebilir.

Hastaların yaşadığı yere göre yaşam doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. İlde yaşayan bireylerin yaşam doyumu en yüksek, köyde yaşayanların yaşam doyumu en düşük bulundu (Tablo 4.8). Literatürdeki kanserli bireylerle yapılmış çalışmada yaşam yeri ile yaşam doyumları arasında anlamlı bir fark bulunmamış olmasına rağmen, ilde yaşayanların yaşam doyumunun yüksek olduğu ve bu çalışmanın bulgularının literatürle uyumlu olduğu görüldü.¹⁰⁵ Bu durum, ilde yaşayan bireylerin daha fazla imkâna (sağlık imkânları, beslenme, ulaşım, eğitim) daha kolay ulaşabilmeleriyle açıklanabilir.

Aylık gelir durumuna göre yaşam doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Gelir miktarı yüksek olan bireylerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.^{12,72,106,108,} Bu durum, ekonomik gücü fazla olan bireylerin yaşam içindeki imkânlara (daha iyi beslenebilmesi, daha iyi eğitim alabilmesi, sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanması, daha konforlu evlerde yaşayabilmesi vb.) daha rahat ulaşabilmesi ile açıklanabilir.

Hipertansiyon hastalık süresine göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Literatürdeki çalışmayla benzerlik gösterdiği tespit edildi.⁷²

Aile öyküsünde hipertansiyon varlığına göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı (Tablo 4.9). Miyokart enfarktüsü bireyler üzerinde yapılan çalışmada da aile öyküsünde kalp hastalığı varlığıyla yaşam doyumu arasında anlamlı bir fark saptanmadığı ve bu çalışmanın bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği belirlendi.⁷²

Aile öyküsünde hipertansiyon nedeniyle sakat kalan ya da ölen bireylerin varlığına göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir fark tespit edildi. Hipertansiyon sebebiyle aile üyelerinden birinin sakat kalması ya da yaşamını kaybetmesi bireyin yaşam doyumunun düşmesine neden olduğu görüldü (Tablo 4.9). Bu durum, aile bireylerinden birinin kaybedilmesinin ya da sakat kalmış olmasının bireyin sosyal ve psikolojik yaşamını etkilemiş olabilmesiyle açıklanabilir.

Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalık varlığına göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olmasına rağmen hipertansiyon dışında başka bir hastalığı olan bireylerin yaşam doyumlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.9). Bu durum, birden fazla kronik hastalığa sahip olan bireyin yaşam tarzında meydana gelecek değişiklikler, ilaç uyum problemleri, hipertansiyon semptomlarına farklı semptomlarında eklenmiş olmasıyla açıklanabilir.

Sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak sağlık kontrolüne giden bireylerin yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarıyla ve buna bağlı olarak hastalıklarını kontrol altında hissetmeleriyle açıklanabilir.

Yaşam doyumunun hastalık algısı ölçeğinin kişisel kontrol algısı, süre (akut/kronik) algısı, sonuçlar algısı, tedavi kontrol algısı, duygusal temsiller algısı, hastalığı anlayabilme algısı, süre (döngüsel) algısı alt boyutlarıyla arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.10).

Hastalık tipi alt boyutuyla yaşam doyumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0.05$). Hastalığa bağlı belirti sayısı arttıkça bireylerin yaşam doyumunun azaldığı görülmektedir. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin yaşadıkları semptomların fiziksel fonksiyonlarını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilemesiyle açıklanabilir.¹²⁰



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular eşliğinde,

Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun puan ortalamalarından süre (akut/kronik) algı puan ortalaması ile kişisel kontrol algısı puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre daha yüksek oldukları belirlendi. Süre (döngüsel) algı alt boyutunun puan ortalamasının en düşük olduğu tespit edildi. Hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalamasında, psikolojik atıflar alt boyutunun puan ortalamasının en yüksek olduğu, kaza ve şans alt boyutunun puan ortalamasının ise en düşük olduğu bulundu (Tablo 4.3).

Bireylerin hastalık algısı ölçeğinde bulunan 14 belirtiden en sıklıkla baş ağrısı ve yorgunluk belirtilerini yaşadıkları ve en çok baş ağrısı belirtisini hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri belirlendi.

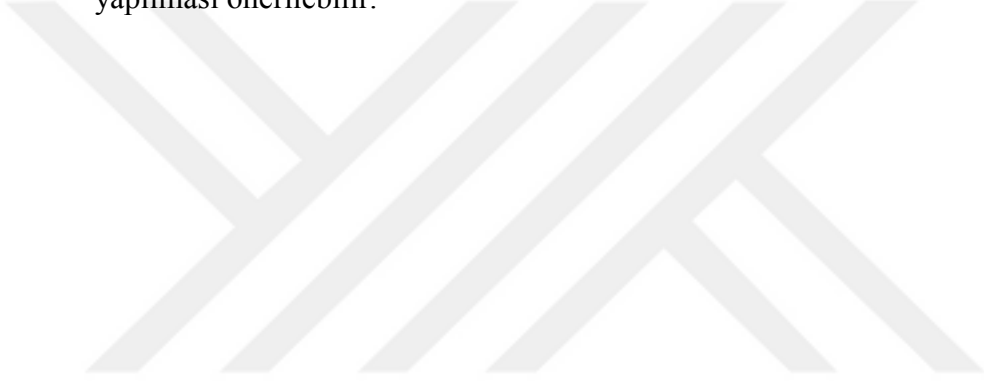
Çalışmaya katılan hipertansif hastaların yaşamlarından memnun oldukları belirlendi. Hastalık belirtileri (tipi) alt boyutuyla yaşam doyumu arasında negatif bir anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yani, bireylerin hastalıklarına bağlı yaşadıkları belirti sayısı arttıkça yaşamdan aldıkları memnuniyet seviyesi azalmaktadır.

Hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarıyla yaşam doyumunun ilişkisine bakıldığında, yaşam doyumunun kişisel kontrol algısı, süre (akut/kronik) algısı, sonuçlar algısı, duygusal temsiller algısı, tedavi kontrol algısı, hastalığı anlayabilme algısı, süre (döngüsel) algısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunamadı ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Hipertansif hastaların hastalık algılarını arttırmak ve hastalığa bağlı endişelerini azaltmak için hemşireler tarafında hastalıklarıyla ilgili tecrübelerini nasıl tanımladıkları nasıl değerlendirdikleri hakkında bilgiler alınması,

- Bireylerin hastalık algısı alt boyutları olan hastalık tipi ve hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere, hastalık özelliklerine göre nasıl etkilendiğinin belirlenmesine yönelik yeni çalışmaların planlanması ve yapılması,
- Hastalık kontrolünde yaşam doyumlarının arttırılmasına yönelik girişimlerin planlanması,
- Hipertansiyonlu bireylerde hastalıklarını nasıl algıladıklarına yönelik yapılmış çalışmaların azlığından dolayı benzer çalışmaların daha büyük gruplarla yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Ünsar S. Yaşlılıkta Hipertansiyon ve Hemşirelik Bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006. Cilt:14, Sayı:56
2. Özkara A. Turgut F. Selçoki Y. Kanbay M. Karakurt F. Tekin O. Hipertansiyon hastaların ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. *Yeni Tıp Dergisi* 2008; 25: 97-101
3. Enç N. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014. 85-91
4. Altun B, Arici 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. *J Hypertens*, 2005; (23):1817-1823
5. Egan BM. Current issues: hypertension. Çeviri: Çavdar C. Süleymanlar G. *Güncel Konular: Hipertansiyon*. 1.Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007: 18- 35
6. Ercan E. Özpelit ME. *Hipertansiyon Tanı Ve Tedavisi*. 1.Baskı, İstanbul, Selen Yayıncılık, 2015: 62-68
7. Özpancar N. Fesci H. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*. Aralık 2008, 8: 4-7
8. Oymak O. Hipertansiyon ve böbrek. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2007, 3:33-37.
9. Arslan E. Erdine S. Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2009; 37 Özel Sayı 7: 1-4
10. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, 2010
11. Hacıhasanoğlu Aşlar R. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve özbakım yönetimi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2015; 6(11):151-159

12. Baykan Z. Baykan A. Naçar M. Kronik Hastalıklı Çocukları Olan Ailelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2010;27: 174-177
13. Korkmaz A. Topal T. Fizyoloji Ad. GATA, Ankara. *Türkiye Klinikleri Dâhili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2007; 3 (18): 1-7
14. Karadakovan A, Eti AF. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Geliştirilmiş 2. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2011: 3-9
15. Durna Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 95-110
16. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) arteriyel hipertansiyon görev grubu. *2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu*. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2014; 4: 7-29
17. Erol Ç. *İç Hastalıkları Kardiyoloji*. 1. Baskı. MN Medikal & Nobel. 2008: 34- 47
18. Türk Kardiyoloji Derneği, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türk Nefroloji Derneği, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. *Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu*, 2015; 43(4): 402– 409
19. Durna Z. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. 1.Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 164-170
20. Karakoç EV. Ömer Z. Can H. Birinci basamakta hipertansiyona yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012; 62-67
21. Gemalmaz A. Hipertansiyon ve tedavisi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2009; 1: 66– 83
22. Hatemi H. Endokrin hipertansiyonun tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics* 2013; 6(3): 1-2
23. Türk Kardiyoloji Derneği. Güncel kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi- Hipertansiyon Bülteni, Özel Sayı, 2014,1: 4-24

24. Ergör G. Hipertansiyonun ulusal ve küresel hastalık yükü. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi*. 2010; 1(1): 69-73
25. Hypertension Prevalence, Awareness, and Control, and Affecting Factors among the Primary Care Clients. *TAF Preventive medicine bulletin*, 2013; 12(1): 5-14
26. Supportive methods used by the individuals with hypertension to decrease blood pressure. *Spatula DD*, 2012; 2(4): 207-212
27. Goncaloğlu Bİ. Örnekleme Yöntemleri ve Örneklem Genişliği, http://www.yarbis1.yildiz.edu.tr/web/userCourseMaterials/goncal_a32774fe8eab4624c2ed7454d209bb5d.pdf 14.07.2016
28. Kaur R. Khannab N. Pathophysiology and risk factors related to hypertension and its cure using herbal drugs. *Spatula DD*. 2012; 2(4): 245-256
29. Kılıç T. Üstü Y. Hipertansiyon için birinci basamak kullanımına yönelik kanıta dayalı bir rehber çalışması, *Ankara Medical Journal* 2012; 12(4): 205-213
30. Ural D. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu (Versiyon 2012) *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2012; 40(3): 1-76
31. Lerma EV, Berns JS, Nissenson AR. Current diagnosis and treatment. Çeviri: Sindel Ş. *Nefroloji ve Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi*. 1. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 353- 404
32. Türk Kardiyoloji Derneği, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türk Nefroloji Derneği, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. *Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu*, 2015; 43(4): 402– 409
33. Kaya H. Özçelik O. Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kitle İndeksi ve Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodlarının Etkinliğinin Yaş ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. *Fırat Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2009; 23 (1): 01 – 05

34. Akgün G. Büyüköztürk K. Hipertansiyonda korunma ve tedavi. Türk Kardiyoloji Derneği. *Ulusal Hipertansiyon Tedavi Ve Takip Kılavuzu*. http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_18029.htm?wbnum=1106 14 Ocak 2016
35. Şendur MAN. Güven GS. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2011; 42: 53-64
36. Yılmaz ME. Ambulatuvar ve ev kan basıncı takiplerinin klinik yararları. http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/2004K-K_013.pdf 10 Ağustos 2015
37. Micozkadıoğlu H. Hipertansiyon tedavisinde kan basıncı ölçüm yöntemleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2011; 20 (3): 214-219
38. CHEP 2013 Recommendations, [Http://www.hypertension.ca/cheper-recommendations](http://www.hypertension.ca/cheper-recommendations) 14 Ağustos 2015
39. Dökmeci İ. Dökmeci AH. *Sağlık Bilimleri Fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulları İçin Farmakoloji*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 120-124
40. Samur G. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar/ hipertansiyon, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Ankara, 2008
41. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon tedavi kılavuzu ve yaşam tarzı önerileri. <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Hipertansiyon.pdf> 21 Temmuz 2015
42. Edouard J. Battegay, Gregory Y. H. Lip, George L. Bakris, Hypertension fundamentals and applications. Çeviri: Kozan Ö. *Hipertansiyon: Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2009: 221- 374
43. Tunç T. Hipertansiyonda hedef organ hasarı: akut inme. Ankara, 2006 http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2011/salon_1/2011-05-19/16.05/tugba_tunc/tugba_tunc.pdf 30 Temmuz 2015

- 44 .Akın M. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı. XI. ege hipertansiyon haftası. 23 Mayıs 2009. <http://www.sunummerkezi.org/?s=20592D2A29285B582A> adresinden 21 Temmuz 2015
45. Türk Kardiyoloji Derneği. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı. ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k03/5_27676.htm?wbnum=1110 21 Temmuz 2015
46. Hipertansif Nefroskleroz. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2007, 3(4): 2-4
47. İstanbul Retina Enstitüsü. Hipertansiyon ve göz. http://muratkaracorlu.com.tr/uploads/hipertansiyon_pdf.pdf 30 Temmuz 2015
48. Enar R. *Temel Kardiyoloji*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2007: 64-68
49. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. Hipertansiyonda acil durumlar. <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k03/636a8.htm?wbnum=1112> 04 Ağustos 2015
50. Güler K. Hipertansif acil durumlar. <http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/Boehringer%20uydu%20cornella%20acil.pdf> 04 Ağustos 2015
51. ABACI A. Hipertansif aciller. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara. http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2006-01/html/2006-13-1-005-011.htm 04 Ağustos 2015
52. Şendur MAN. Güven GS. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2011, 42(2): 53-64
53. Micozkadioğlu HÇ. Yaşlıda hipertansiyon. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2012; 19: 125-12
54. Çelik S. Gebelik ve hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Özel Dergisi*, 2009; 2(4): 65-71

55. Küçük M. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri Ve Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
56. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*. 2006, 6: 536-
57. Yorulmaz H. Tatar A. Saltukoğlu G. Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan Ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2 (2013)
58. Karabulutlu Yılmaz E. Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015; 2(3): 271-284
59. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısının Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. The Turkish Reliability And Validity Study In Cancer Patients Of İllness Perception Questionnaire. *Klinik Psikiyatri [Clinical Psychiatry]* 2007;10:192-200.
60. Şahinoğlu M. Aktürk Ü. Keskin L. Diyabet hastalarının hastalık algı düzeylerinin belirlenmesi. Malatya http://www.tdhd.org/pdf/16_UDHS_sunumlari/HSB-09.pdf 11 Mayıs 2016
61. İncirkuş K. Nahcivan N. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği -hasta formu'nun türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirligi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2011;4(1): 102-109
62. Akça AY F. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar Ve Beceriler*. Nobel Tıp Kitabevi, 6. Baskı. İstanbul, 2012: 2-21
63. Clement DL. Coca A. Caulfield M. Tendra M. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013, 31: 1281–1357

64. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An Investigation On Illness Perception And Adherence Among Hypertensive Patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2012; 28: 442-447
65. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; 4(12):153-164
66. Ünalın P, Çifçili S, Uzuner A, Akman M. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2005; 9(4): 153-158
67. Özgen F. Ç.O.M.Ü Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mezuniyet Tezi. Çanakkale: Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, 2012
68. Yılmaz E. Altınok V. Okul Yöneticilerinin Yalnızlık ve Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2009, 15(59): 451-469
69. Çelikbilek A. Kardiyoloji Ve Onkoloji Hastası Kişilerde Yaşam Doyumu, Sağlık Odaklı Yaşam Kalitesi Ve Özsaygı İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi, Eylül 2014
70. Kırıl K. Demans Hasta Yakınlarında Depresyon Ve Yaşam Doyumu: Bilişsel Duygu Ayarlama, Sosyal Destek Ve Adil Dünya İnancı İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011
71. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014, 2(2): 82-91

- 72.** Çayır M. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013
- 73.** Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 271-280.
- 74.** Ciddi S. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010
- 75.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Ve Astım Yorgunluk Ölçeğinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012
- 76.** Yurdakul S. Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Arşivi*.2010, 38(1): 25-29
- 77.** T.C. Sağlık Bakanlığı *Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Dahiliye Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi*, 2013.
- 78.** T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. Kardio-Vasküler Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, 2. Ankara, 2013 [http:// www.megep.meb.gov.tr/ mte_program_modul/moduller_pdf/Kardiovask%C3%BCler%20Sistem%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1%20Ve%20Bak%C4%B1m%C4%B1%20I.pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Kardiovask%C3%BCler%20Sistem%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1%20Ve%20Bak%C4%B1m%C4%B1%20I.pdf) 17 Mayıs 2016
- 79.** Taş F. Büyükbeşe MA. Hipertansiyonda farkındalık ve hemşirenin rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013, 12 (6): 729- 734
- 80.** Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009; 4(12); 154-164

- 81.** Irmak Z, Düzöz G, Bozyer İ. Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 39–47
- 82.** Alsairafi M, Alshamali K, Al-rashed A. Effect of Physical Activity on Controlling Blood Pressure among Hypertensive Patients from Mishref Area of Kuwait. *Eur J Gen Med* 2010; 7(4): 377-384
- 83.** Taşçı S, Öztürk A, Öztürk Y. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı bölgesinde 30 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005; 14: 59-65
- 84.** Göçgeldi E. Babayiğit MA. Hassoy H. Açıklı CH. Taşçı İ. Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008; 50: 172-179
- 85.** Altıok M. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlaç Uyumları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi 2014
- 86.** Eryonucu B. Sayarlıoğlu M. Bilge M. Güler N. Erkoç R. Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*.1999, 6(4): 11-14
- 87.** Uludağ A. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinde Bakım Yükü Ve Yaşam Doymu İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014
- 88.** Erkek N. Özgür G. Gümüş Babacan A. Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10(2): 9-17

- 89.** Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2009; 37(8): 551-556
- 90.** Özdemir L, Sümer H, Koçođlu G, Polat HH. Sivas emek sağlık ocağı bölgesinde 30 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *C.Ü. Tıp Fakóltesi Dergisi*, 2001; 23 (1): 9-14
- 91.** Kaya A. Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2003, 2: 13-21
- 92.** Gregory, YH Lip. *Clinical Hypertension in Practice. Tercüme: Sansoy V.* Uygulamada klinik hipertansiyon, *Global Yayın Ajansı*, İstanbul. 2004: 1-103
- 93.** Gün Y, Korkmaz M. Hipertansiyon, uyum, yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014, 7 (2), 98-108
- 94.** Chen SL, Tsai JC, Lee WL. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18: 2234–2244
- 95.** Kayacan . Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2012
- 96.** Gündüz F. Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014
- 97.** Akgüç N. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı Ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013

- 98.** Kayış A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009
- 99.** Yorulmaz H. Tatar A. Keçeci N. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Olan Etkisi. Araştırma Makalesi. http://www.literaturesempozyum.com/pdf/m_1395405292.pdf 03.04.2016
- 100.** Giannousi Z. Manaras I. Georgoulas V. Samonis G. Illness Perceptions In Greek Patients With Cancer: A Validation Of The Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 85–92
- 101.** Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(4): 25-30
- 102.** Kepenek B. Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014
- 103.** Meci E. Mesci N. Yıldırım P. İçağasıoğlu A. Fibromiyaljili kadınlarda yalnızlık hissi ve yaşam doyumu düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2015; 4(2): 23- 28
- 104.** Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1-14.
- 105.** Arslan S. Çelebioğlu A. Tezel A. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi. Sağlık Yüksek Okulu. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2008
- 106.** Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 9(1): 9-21

- 107.** Acar AE. Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri Ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011
- 108.** Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2009, 23:159-164.
- 109.** Deniz EM, Dimaç B, Arıca T. Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluluk sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6: 1303-5134
- 110.** Şener A. Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri.
<http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf>. 08 Mayıs 2016
- 111.** Pınar R. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
- 112.** Özdemir Ü. Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1(1): 57-72
- 113.** Şahinoğlu M. Aktürk Ü. Keskin L. Diyabet Hastalarının Hastalık Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. http://www.tdhd.org/pdf/16_UDHS_sunumlari/HSB-09.pdf
11 Mayıs 2016
- 114.** Akdağ M. SPSS’de İstatistiksel Analizler. Malatya, 2011
- 115.** Küçükbakar, A. Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algulamalarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011
- 116.** Yetim Ü. Kişisel Projelerin Organizasyonu ve Örüntüsü Açısından Yaşam

Doyumu. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, 1991

117. Kayıhan G. Ersöz G. Hipertansiyon ve egzersiz. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2009, 7(3): 93-101

118. Köker S. Comparison of the level of life satisfaction of normal adolescents and adolescents with problems. Unpublished Master's Thesis, Institute of Social Sciences, Ankara: Ankara Üniversitesi, 1991.

119. TC. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Dahiliye Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi*, 2011

120. Karadakovan A. Özçelik H. Tavşanlı Güngör N. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Klinik Çalışma*, 2013; 25(3): 93-100

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Neşe İŞCAN AYYILDIZ

Doğum tarihi: 25.10.1986

Doğum yeri: Trabzon

Medeni hali: Evli

Uyruğu: T.C.

Adres: Artvin Çoruh Üniversitesi Şehir Yerleşkesi Sağlık Hizmetleri
MYO Kat:1 Artvin/Merkez

Tel: 05375727455

Faks: Metin girmek için burayı tıklatın.

E-mail: zuzunese@hotmail.com

Eğitim

Lise: Giresun Lisesi (2003)

Lisans: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2007-2011)

Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı(2014-2016)

Doktora: Metin girmek için burayı tıklatın.

Metin girmek için burayı tıklatın.

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce: Metin girmek için burayı tıklatın.

Almanca:

Rusça:

Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar

İlgi Alanları ve Hobiler

Müzik dinlemek, kitap okumak, seyahat etmek

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



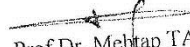
Tarih: 11.06.2015


Sayı: 5

Araştırmanın Adı: "Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi "


Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()


Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 11.06.2015 tarihinde yapılan toplantısında "Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi " konulu Yrd.Doç.Dr.Seher ERGÜNEY ve Sorumlu Araştırmacı Neşe İŞCAN'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Katılmadı


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTU
Sekreter/Raportör

EK-3. HASTANE İZİN FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Artvin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI : 70257069.00/958/767
KONU: Tez Çalışma İzni (Neşe İŞCAN)

14.09.2015

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTERLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi: 31.08.2015 tarih ve E.1500052500 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızla belirtmiş olduğunuz Üniversitenize bağlı Sağlık Bilimleri Entitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Neşe İŞCAN'ın tez çalışması kapsamında birliğimize bağlı Artvin Devlet Hastanesinde çalışma yapabilmesi için ilgi yazınız değerlendirilmiş olup, birliğimize bağlı Sağlık tesislerimizde araştırma yapılabilmesi için, yazımız ekinde gönderilen formların doldurulup Genel Sekreterliğimiz Eğitim birimine şahsen başvuru yapılması gerekmektedir.
Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr.  Kerim YEŞİLDAĞ
Genel Sekreter

Ek:1-3 Adet form

Hastane Cad. 08000 ARTVİN F.TAHTALI Tel: (0466) 212 10 40 Fax: (0466) 212 20 22
e-posta : fatmatahtali08@gmail. Elektronik Ağ : www.artvinsaglik.gov.tr

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz nedir? Kadın () Erkek()
2. Kaç yaşındasınız..... ?
3. Kaç kilosunuz.....kg? Boyunuz.....cm? BKİ.....
4. Medeni durumunuz nedir? Evli () Bekâr ()
5. Eğitim durumunuz nedir?
- a) Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul
d)Ortaokul e)Lise e)Üniversite ve üzeri
6. Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
7. Mesleğiniz nedir?.....
8. Ailenizin toplam aylık gelir miktarı:?
9. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?
- İl () İlçe () Köy ()

B.Hastanın Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

10. Ailenizde ya da yakın çevrenizde hipertansiyon tanısı olan var mı?
- Hayır () Evet (Yakınlığı)
11. Ailenizde ya da yakın çevrenizde hipertansiyon nedeniyle yaşamını kaybeden veya sakat kalan var mı?
- Hayır () Evet (Yakınlığı)
12. Hipertansiyon tanısını aldığınız süre (yıl):
13. Sigara kullanıyor musunuz?
- Evet().....adet / hafta Hayır () Bıraktım ().....süre
14. Alkol kullanıyor musunuz?
- Evet()..... adet / hafta Hayır () Bıraktım ().....süre
15. Hipertansiyon nedeniyle kullandığınız ilaç/ilaçların adları.....

16. Kullandığınız ilacı doktor kaç tane önerdi?.....

17.İlacınızı siz kaç tane kullanıyorsunuz?.....

18. Hipertansiyon hastalığı nedeniyle sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?

Evet (Sıklığı) Hayır () Hayır ise açıklayınız ?.....

19.Hipertansiyon hastalığınız dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

Evet () Hayır ()



EK-5. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	<i>Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
1.Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
2.Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
3.Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
4.Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
5.Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
6.Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
7.Eklemler sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
8.Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
9.Hırıltılı solunum	Evet	Hayır	Evet	Hayır
10.Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
11.Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
12.Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
13.Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
14.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
 2. Böyle düşünmüyorum
 3. Kararsızım
 4. Böyle Düşünüyorum
 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi					
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					
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					
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

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım

4. Böyle Düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
1.Stres ya da endişe					
2.Kalıtsal (irsi)					
3.Bir mikrop ya da virüs					
4.Diyet–yemek alışkanlıkları					
5.Şans ya da kötü talih					
6.Geçmişindeki kötü tıbbi bakım					
7.Çevre kirliliği					
8.Kendi davranışım					
9.Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10.Aile problemleri					
11.Aşırı çalışma					
12.Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13.Yaşlanma					
14.Alkol					
15.Sigara içme					
16.Kaza ya da yaralanma					
17.Kişilik özelliklerim					
18.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 hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-6. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1-Hayatım birçok yönden idealimdekine yakın.							
2-Hayatımdan memnunum							
3-Hayat şartlarım mükemmel.							
4-Hayatımda şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.							
5-Eğer hayata yeniden başlasaydım hiçbir şeyi değiştirmezdim.							

EK-7. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ İZİN FORMU

23.09.2016

Posta - Neşe - Outlook

Outlook Posta

mail@zeynep



Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | ...

Arama sonuçları

Klasörlerde

Tüm klasörler

Gelen Kutusu

Gönderilmiş Öğeler

Dosyalar

Gönderen

Neşe
zuzunese@hotmail.com

Zeynep Simsək
lyzotomncb@konuk.net

ELİF dırış
amara.elif@hotmail.com

gâkhan ks
glfb17@hotmail.com

Kime

zuzunese@hotmail.com
zuzunese@hotmail.com

adilaydin28@hotmail.com
adilaydin28@hotmail.com

adnanposul@hotmail.com
adnanposul@hotmail.com

aeser@live.com
aeser@live.com

mücahit akyol
akyolmc@hotmail.com

Seçenekler

Elderle birlikte

Tarih

Tümü

Bu hafta

Geçen hafta

Bu ay

Aralık seç

Başlangıç

23.9.2016 (Cum)

Bitiş

23.9.2016 (Cum)

Fwd: Zeynep Armay. İletişim Formu

ZA

Zeynep Armay

28.9.2015 (Pzt) 14:51

Kime: zuzunese@hotmail.com

Dr. Zeynep Armay
Klinik Psikolog/Psikoonkolog

www.zeyneparmay.com
mail@zeyneparmay.com

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

Tel: 0212- 2305848

İleti başlangıcı:

Kimden: Zeynep Armay <info@zeyneparmay.com>

Tarih: September 28, 2015 at 14:35:43 GMT+3

Kime: Zeynep Armay <robot@zeyneparmay.com>

Konu: Ynt Zeynep Armay. İletişim Formu

Nese hanım merhaba,
Memnuniyetle. Sonuçlardan haberdar olmak isterim.
Sevgiler,

Dr. Zeynep Armay
Klinik Psikolog/Psikoonkolog

www.zeyneparmay.com
mail@zeyneparmay.com

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

Tel: 0212- 2305848

Sep 28, 2015 tarihinde 13:29 saatinde, Zeynep Armay <robot@zeyneparmay.com> şunları yazdı:

From: Neşe İŞCAN - zuzunese@hotmail.com

Sayın Armay...Ben Artvin Çoruh Üniversitesinde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktayım.Hipertansiyon hastalık algısı üzerine bir çalışma yapmayı planlıyorum.Sizin için sakıncası yoksa geliştirmiş olduğunuz Algısı Ölçeği'ni kullanmak isterim.

Hoşçakalın.

Zeynep 1 / 16

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/rp>

1/1

EK-8. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ İZİN FORMU

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süp Ne

E-postada ara

Klasörler

Gelen kutusu 8653

Gereksiz 20

Taslaklar 2

Gönderilmiş


Silinmiş

Yeni klasör

Re: yaşam doyumu ölçeği

Ünsal YETİM (unsalyetim@mersin.ed.u.tr)
Kime: Neşe

1 ek (23,9 KB) Outlook.com Etkin Görür

 YD_OLCEK.docx

[Zip olarak indir](#) [OneDrive'a kaydet](#)

Elbette iznim var. Ekte ölçeği ve psikometrik bilgileri gönderiyorum.

14 Ekim 2015 14:06 tarihinde Neşe <zuzunese@hotmail.com> yazdı:

Sayın Ünsal YETİM,

Ben Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans öğrencisiyim.

Tez çalışması olarak hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu çalışmayı düşünüyorum.

Eğer izniniz olursa yaşam doyumu ölçeğinizi kullanmak isterim.

İyi çalışmalar. Hoşçakalın.

© 2015 Microsoft Koşullar Gizlilik ve tanımlama bilgileri

