

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİF HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ AİLE İŞLEVSELLİĞİ, ÇOK
BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE ÖZ
YETERLİLİK İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Pınar ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK SAĞLIK PSİKOLOJİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nilüfer KAFESCİOĞLU AYDIN

İSTANBUL, 2012

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmamın tamamlanmasında en fazla katkısı ve emeği olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nilüfer Kafescioğlu'na teşekkür ediyorum. Kendisi, bu süreç boyunca her zaman doğru bilgiye ulaşmamda bana yol gösterici olmuş, güven veren, sabırlı ve güler yüzlü yaklaşımı ile bu çalışmayı tamamlamama büyük katkı sağlamıştır.

Tez jürimde olmayı kabul ederek zaman ayırdıkları ve bu çalışmaya yaptıkları önemli katkıları ve verdikleri destek için değerli jüri üyeleri Yrd. Doç. Dr. Bahar Tanyaş'a ve aynı zamanda yüksek lisans eğitimimde de değerli bilgilerini bizlere aktaran Yrd. Doç. Dr. Aslı Çarkoğlu'na teşekkür ediyorum.

Hayatım boyunca bana olan sevgilerini, inançlarını her an hissettiren, beni sabırla dinleyen, destek olan ve bu tez süreci boyunca da hep yanımda olan anneme ve babama minnettarlığımı sunuyorum. Ve yine her zaman olduğu gibi bu süreçte de desteklerini hep hissettiğim kardeşlerime ve yeğenlerime teşekkür ediyorum.

Bu süreçte bana hep yanımda olduğunu hissettiren, çalışmalarımı sürdürebilmem için hayatımı kolaylaştırmaya uğraş veren ve bana kendimi her zaman şanslı hissettiren değerli eşime verdiği emek ve gösterdiği anlayış için teşekkür ediyorum.

Çalışmanın verilerini toplamam için hastanelerinde uygun ortam ve koşulları sağlayan Özel Avicenna Hastanesi ve Özel JFK Hastanesi yetkililerine teşekkür ediyorum.

Veri toplama sürecinde verileri topladığım hastanelerde görev yapan Melike Mart'a, Dr. Mehmet Rıdvan Üstüner'e ve Jale Öztürk'e verdikleri destek için teşekkür ediyorum.

Son olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve ölçekleri dolduran tüm katılımcılara teşekkür ediyorum.

Ve bu bu çalışmayı tüm aileme ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

KABUL VE ONAY

TEŞEKKÜRİ

İÇİNDEKİLERİİ

ÖZET VII

ABSTRACT VIII

KISALTMALAR IX

ŞEKİL LİSTESİ.....X

TABLO LİSTESİ.....XI

GİRİŞ VE AMAÇ1

BÖLÜM 1 GENEL BİLGİLER.....4

1.1 KRONİK HASTALIKLAR..... 4

1.2 HİPERTANSİYONUN TANIMI 5

1.3HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI 6

2.3.1 Kan Basıncı Düzeylerine Göre..... 6

1.3.2 Hedef Organ Hasarına Göre..... 8

| | |
|---|-----------|
| 1.3.3 Etiyolojisine Göre | 8 |
| 1.3.3.1 Birincil (Esansiyel) Hipertansiyon | 8 |
| 1.3.3.2 İkincil (Sekonder) Hipertansiyon | 9 |
| 1.4 HİPERTANSİYONUN ETİYOLOJİSİ VE TEDAVİSİ | 9 |
| 1.4.1 Hipertansiyonun Etiyolojisinde ve Tedavisinde Kontrol Edilemeyen Faktörler | 9 |
| 1.4.1.1 Genetik Faktörler | 9 |
| 1.4.1.2 Fetal Çevre | 10 |
| 1.4.1.3 Yaş | 11 |
| 1.4.1.4 Cinsiyet | 11 |
| 1.4.2 Hipertansiyonun Etiyolojisinde ve Tedavisinde Kontrol Edilebilen Faktörler | 12 |
| 1.4.2.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Değişiklikleri | 12 |
| a) Obezite ve Kilo Verme | 12 |
| b) Sodyum Alımı ve Kısıtlaması | 13 |
| c) Diyet Uygulamaları | 14 |
| d) Sigara ve Alkol Kullanımı | 15 |
| e) Kafein Tüketimi | 16 |
| f) Fiziksel Hareketsizlik | 16 |
| g) Psikososyal Faktörler | 17 |
| 1.4.3 Hipertansiyonun İlaçla (Farmakolojik) Tedavisi | 18 |
| 1.5 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI | 19 |
| 1.5.1 Sosyal-Bilişsel Model Temelinde Sağlık Davranışları | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 1.5.2 Hipertansiyonun Kontrolünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü | 22 |
| 1.5.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Sağlık Psikologunun Rolü | 23 |
| 1.6 AİLE İŞLEVSELLİĞİ | 24 |
| 1.6.1 Sistemik Açıdan Aile | 24 |
| 1.6.2 McMaster Aile İşlevselliği Modeli | 24 |
| 1.6.2.1 Aile İşlevselliğinin Boyutları | 25 |
| a) Problem Çözme | 25 |
| b) İletişim | 25 |
| c) Roller | 26 |
| d) Duygusal Tepki Verebilme | 26 |
| e) Gereken İlgiyi Gösterme | 26 |
| f) Davranış Kontrolü | 26 |
| g) Genel İşlevler | 27 |
| 1.6.3 Aile İşlevselliği ve Sağlık | 27 |
| 1.7 SOSYAL DESTEK | 28 |
| 1.7.1 Sosyal Destek Kavramı | 28 |
| 1.7.2 Sosyal Destek Kaynakları | 28 |
| 1.7.3 Sosyal Desteğin İşlevleri | 29 |
| 1.7.4 Sosyal Destek ve Sağlık | 29 |
| 1.7.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Sosyal Desteğin Önemi | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 1.8 ÖZ YETERLİLİK..... | 30 |
| 1.8.1 Öz Yeterlilik Kavramı | 30 |
| 1.8.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Öz Yeterliliğin Önemi..... | 31 |
| BÖLÜM 2 GEREÇ VE YÖNTEM..... | 33 |
| 2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE MODELİ | 33 |
| 2.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ | 33 |
| 2.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI | 36 |
| 2.3.1 Kişisel Bilgi Formu | 37 |
| 2.3.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)..... | 37 |
| 2.3.3 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)..... | 39 |
| 2.3.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) | 40 |
| 2.3.5 Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)..... | 41 |
| 2.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI | 42 |
| BÖLÜM 3 BULGULAR | 43 |
| 3.1 BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKSEL ANALİZLER..... | 44 |
| 3.2 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER İLE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER | 44 |
| 3.3 SAĞLIK BİLGİLERİ İLE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER..... | 46 |
| 3.4 ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNİN BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİ | 49 |
| 3.5 GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR | 56 |

| | |
|---|------------|
| 3.6 REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI..... | 66 |
| BÖLÜM 4 TARTIŞMA | 67 |
| 4.1 ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI/KATKILARI..... | 70 |
| 4.2 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ ÖNERİLER | 71 |
| 4.3 UYGULAMA İLE İLGİLİ ÖNERİLER..... | 72 |
| KAYNAKLAR..... | 75 |
| EKLER | |
| EK A: SAĞLIKI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II ... | 90 |
| EK B: AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ..... | 93 |
| EK C: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ | 98 |
| EK D: ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ..... | 100 |
| EK E: KİŞİSEL BİLGİ FORMU..... | 102 |
| EK F: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU..... | 106 |

ÖZET

HİPERTANSİF HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ AİLE İŞLEVSELLİĞİ, ÖZ YETERLİLİK VE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada hipertansiyon tanısı almış hastaların hipertansiyon tedavisinin önemli bir parçası olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile aile işlevsellikleri, algıladıkları sosyal destek ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin incelenecektir. Bu amaçla İstanbul’da yer alan iki özel ve bir devlet hastanesinin Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya tıbbi personel tarafından uygun bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü ve hipertansiyon tanısı almış 151 hastaya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Aile Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öz Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Yordayıcı ve yordanan değişkenler arasında yapılan regresyon analizi sonucunda bireysel değişken olan öz yeterlilik algısının ve ailevi bir faktör olan rollerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, aile işlevselliğinin alt boyutları olan duygusal tepki verebilme ve davranış kontrolü ile sağlık davranışı olan fiziksel aktivite açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Aile içinde, erkekler duygusal tepki verebilme, kadınlar ise davranış kontrolü ile ilgili daha fazla sıkıntı belirtmişlerdir ve erkek hastalar, fiziksel aktivitede bulduklarını daha fazla belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, aile işlevselliği, sosyal destek, öz yeterlilik

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MULTI-DIMENSIONAL PERCEIVED SOCIAL SUPPORT WITH HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS OF HYPERTENSIVE PATIENTS FAMILY FUNCTIONING AND SELF-SUFFICIENCY

In this study will be able to examined the relationship between perceived social support, self-efficacy, family functioning with the patients diagnosed with hypertension, an important functionality that is part of treatment of hypertension healthy lifestyle behaviors. For this purpose, to 151 patients diagnosed with hypertension that-refered the Cardiology Clinics of two private and one state hospital in Istanbul, whose physical and cognitive health levels were approved by medical personel to respond to forms of research planned to be implemented, voluntary participation in research were administered Healthy Lifestyle Behaviors Scale II, Family Assessment Device, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Self-Efficacy Scale. As a result of regression analysis between the predictor and predicted variables of individual variables, the perception of self-efficacy and family roles, which is a factor in a healthy lifestyle behaviors were significantly predicted. In addition, affective responsiveness which is sub-dimensions of family functioning and behavior control that there were significant differences between women and men in terms of physical activity. Within the family, men reported about affective responsiveness, women reported related to behavior control, more distress and the female patients reported that they had been in more physical activity.

Key Words: Hypertension, healthy lifestyle behaviors, family functioning, social support, self-efficacy

KISALTMALAR

| | |
|--------------|--|
| HT | : Hipertansiyon |
| SKB | : Sistolik Kan Basıncı |
| DKB | : Diyastolik Kan Basıncı |
| WHO | : World Health Organization |
| NHLBI | : National Heart, Lung, and Blood Institute |
| TKD | : Türk Kardiyoloji Derneği |
| ESH | : European Society of Hypertension |
| ESC | : European Society of Cardiology |
| ISH | : International Society of Hypertension |
| JNC-7 | : The Seventh Report of the Joint National Committee |
| ACE | : Anjiyotensin Converting Enzym |
| RAAS | : Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi |
| BKİ | : Beden Kitle İndeksi |
| DASH | : Dietary Approaches to Stop Hypertension |

ŒEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

Œekil 1.1 Bandura' nın Karşılıklı Belirleyicilik Kuramı21

TABLO LİSTESİ

| | <u>SAYFA NO</u> |
|---|-----------------|
| Tablo 2.1 Kan Basıncı (KB) Düzeylerinin Tanımları ve Sınıflandırması | 7 |
| Tablo 2.2 Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlanması ve Sınıflandırılması | 7 |
| Tablo 3.1 Araştırmaya Katılan Hipertansif Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ... | 34 |
| Tablo 3.2 Araştırmaya Katılan Hipertansif Hastaların Sağlık Bilgileri ile İlgili Bulgular | 36 |
| Tablo 3.3 Araştırmanın Değişkenleri İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular | 44 |
| Tablo 3.4 Sosyodemografik Özellikler ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları | 46 |
| Tablo 3.5 Sağlık Bilgileri İle Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları | 48 |
| Tablo 3.6 Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları | 52 |
| Tablo 3.7 Genel SYBD Puanı, Sağlık Sorumluluğu, İlişkiler, Beslenme Puanları ve Genel ÖY Puanı ile Hastaların Sağlık Bilgileri ile İlgili Değişkenlerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları | 57 |
| Tablo 3.8 Cinsiyete Göre Duygusal Tepki Verebilme Mann Whitney U-Testi Sonuçları | 58 |
| Tablo 3.9 Cinsiyete Göre Davranış Kontrolü Mann Whitney U-Testi Sonuçları | 58 |
| Tablo 3.10 Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Mann Whitney U-Testi Sonuçları | 58 |
| Tablo 3.11 Cinsiyete Göre İlaç ve Tuz Diyetine Uyum İle Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları | 59 |
| Tablo 3.12 İlişkiler Değişkeninin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları | 60 |
| Tablo 3.13 Gelir Düzeyine Göre İlaç Uyum Değerleri | 62 |
| Tablo 3.14 Gelir Düzeyine Göre Sigara Kullanımı | 62 |
| Tablo 3.15 Eğitim Düzeyine Göre Araştırma Değişkenlerinin ANOVA Sonuçları | 63 |

| | |
|--|----|
| Tablo 3.16 İlişkiler Değişkenin Eğitim Düzeyine Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu | 64 |
| Tablo 3.17 Eğitim Düzeyine Göre Sigara Kullanım Oranları..... | 65 |
| Tablo 3.18 Eğitim Düzeyine Göre Alkol Kullanım Oranları | 65 |
| Tablo 3.19 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yordanmasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi Bulguları | 66 |

GİRİŞ ve AMAÇ

Hipertansiyon (HT), dünyada ve ülkemizde en sık gözlenen kronik hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (World Health Organization [WHO], 2011) göre 2008 yılında 25 yaş ve üzeri tüm yetişkinlerin yaklaşık %40'ında yüksek tansiyon görülmüştür. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin (2008) Türkiye'de yaptığı bir çalışmada ise hipertansiyonun yaygınlık oranı %31,8 olarak bulunmuştur.

Hipertansiyonun yüksek yaygınlık oranının yanı sıra, kalp ve damar hastalıkları (kardiyovasküler hastalıklar), beyin ve böbrek hastalıkları için yüksek risk oluşturması ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve sakatlık oranlarını artırması da onu dünya halk sağlığı açısından öncelikle ele alınması gereken sağlık sorunlarından biri yapmaktadır (Hacıhasanoğlu, 2009; National Heart Lung and Blood Institute [NHLBI], 2004). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (WHO, 2009), kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %45'i, inmeden kaynaklanan ölümlerin %51'i ve kalbin kan pompalama görevini yerine getirememesi sonucu doku ve organlarda meydana gelen fonksiyon bozukluğunu tanımlayan iskemik kalp hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin %45'i yüksek kan basıncına atfedilmektedir. Ancak hipertansiyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır ve kontrol altına alınması başka hastalıkların oluşmasını ve ölüm oranlarını önemli ölçüde düşürmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında yaptığı 'Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre hipertansiyonun kontrol altına alınması durumunda, önlenecek ölümlerin toplam sayısı 108.468 olup bu sayı tüm ölümlerin %25,2'sini oluşturmaktadır. Ancak hipertansiyonun kontrolü gerek ülkemizde gerekse dünyada henüz istenen düzeyde değildir.

Hipertansiyonun tedavisinde geleneksel yaklaşım ilaç tedavisidir. Ancak hastalara ilaç tedavisinin yanı sıra bazı yaşam tarzı değişikliklerini oluşturma ve sürdürme de önerilmektedir. Yaşam biçimi değişiklikleri ile kan basıncını düşürmenin yanı sıra kardiyovasküler hastalık riskini ve antihipertansif ilaçların dozunu azaltmak

hedeflenmektedir (Gürel, 2009). İlgili alan yazında da sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerinin hipertansiyonu önlemede kritik bir önem taşıdığı ve bu değişikliklerin hipertansiyonun kontrolünde vazgeçilmez bir unsur olduğu vurgulanmaktadır (NHLBI, 2004). Sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve sürdürme düzeyi bireyden bireye değişmekte ve biyolojik, psikolojik, sosyal birçok faktörden etkilenmektedir. Ancak ilgili alan yazında, hipertansiyonu ve onunla ilişkili kalp-damar hastalıklarını kontrol altına almak için uygulanan tedavinin önemli bir parçasını oluşturan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bunları etkileyen psikososyal faktörleri inceleyen araştırmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

Hipertansif hastalar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme ve sürdürme oranını arttırmak için, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olan ve psikososyal uygulamalarla değiştirilebilir faktörlerin üzerinde durmak hem bilimsel alan için hem de uygulama açısından yararlı olacaktır. Ayrıca hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme ve bu davranışları sürdürme düzeylerini, bireysel, sosyal ve ailevi faktörleri bir arada ele alarak inceleyen yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmada bireysel faktör olarak öz yeterlilik algısının, sosyal faktör olarak algılanan sosyal desteğin ve ailevi faktör olarak da aile işlevselliğinin, hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi incelenecektir.

Araştırmalar yüksek öz yeterlilik algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve düşük kan basıncı üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir (Craig ve ark., 2001). Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmasına rağmen hipertansif hastalarda bu iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Sosyal desteğin de hastalık ve sağlık davranışları üzerinde olumlu etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Carels, Sherwood ve Blumenthal, 1998; Knox, 1993; Lepore, Allen ve Evans, 1993; Rozanski, Blumenthal ve Kaplan, 1999). Yabancı alan yazında bu konu ile ilgili yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen ülkemizde bu tür araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Aile üyeleri arasında çatışmalar yaşanması, yakın ve destekleyici ilişkilerin olmaması, aile üyelerinin psikolojik işlevsellikleri ve stres tepkileri üzerinde olumsuz etkilerde bulunmakla birlikte sağlıksız davranış alışkanlıklarının ortaya çıkmasına da

yol açabilmektedir (Repetti, Taylor ve Seeman, 2002). Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, problem odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sorunlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (Ünal ve ark., 2004). Ülkemizde sağlıklı yaşam tarzı davranışları ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sayısı sınırlıdır.

Yukarıda özetlenen bilimsel araştırmalardan hareketle bu araştırmada hipertansiyon tanısı almış hastaların hipertansiyon tedavisinin önemli bir parçası olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile aile işlevsellikleri, algıladıkları sosyal destek ve öz yeterlilik arasındaki ilişki incelenecektir. Araştırmadan elde edilecek bilgiler, hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumun bir parçası olan yaşam tarzı değişikliğini sağlayıcı veya arttırıcı uygulamaların geliştirilmesine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye etki eden psikososyal etkenlerin anlaşılmasına katkıda bulunacaktır. Bu araştırma sonucunda, hipertansif bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmelerinde rol oynayan bilişsel, sosyal ve ailevi etkenler hakkında bilgi sahibi olunacaktır. Bu etkenlerin uygulamalarla nasıl değiştirilebileceğine dair öneriler getirilecektir. Dolayısıyla hipertansiyon tedavisinin bir parçası olan yaşam tarzı değişikliklerini arttırıcı müdahale programlarının geliştirilmesi için bilgi sağlayıcı olacaktır.

Önerilen araştırmanın sınanacak hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Hipotez 1: Hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilik algıları arasında olumlu bir ilişki beklenmektedir.

Hipotez 2: Hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek algı düzeyleri arasında olumlu bir ilişki beklenmektedir.

Hipotez 3: Hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile aile işlevselliği düzeyleri arasında olumlu bir ilişki beklenmektedir.

BÖLÜM 1

GENEL BİLGİLER

1.1 KRONİK HASTALIKLAR

Uzun süreli olan, bulaşıcı olmayan ve kendiliğinden gerilemeyen veya iyileşmeyen, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açabilen kalp damar hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), iltihabi eklem hastalığı (romatoid artrit), şeker hastalığı (diyabet) gibi hastalıklar, kronik hastalıklardır (Demirağ, 2009). Geçtiğimiz yüzyıllarda ölüm ya da işlev kaybının başlıca sebeplerden biri enfeksiyon hastalıkları iken teknolojinin gelişmesi ve yaşam koşullarının değişmeyle birlikte bu hastalıkların görülme sıklığı azalmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak insan ömrü uzamış, bunun sonucunda yaşa bağlı sağlık sorunları ile kronik ve yapısal hastalıkların gözlenmesinde önemli bir artış olmuştur (Bilir, 2006). Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri'nde toplumun yaklaşık %50'sinin kronik hastalıkların etkisi altında olduğu; 2005 yılında 35 milyon insanın ölüm sebebinin kalp hastalığı, inme, kanser ve diğer kronik hastalıklar olduğu belirtilmiştir (Taylor, 2009). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2005) göre her yıl yaklaşık olarak 17 milyon insan kronik hastalıklar nedeniyle erken yaşlarda yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde de kronik hastalıkların görülme sıklığı önemli boyutlardadır. Sağlık Bakanlığı'na göre 2000 yılında gerçekleşen toplam 430.459 ölümün 305.467 tanesi kronik hastalıklar nedeni ile olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011). Araştırmalar biyolojik faktörlerin dışında sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, fazla kilolu olma gibi yaşam biçimlerinin de kronik hastalıklar için birer risk faktörü olduğunu göstermektedir (Kearney ve ark., 2005; WHO, 2005). Günümüzde oldukça sık gözlenen kronik hastalıklar erken ölümlere yol açabilmekte ya da kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Bu araştırmanın konusu, tüm dünyada ve ülkemizde en sık gözlenen ve önlenebilir kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyondur. Aşağıdaki bölümlerde hipertansiyonun tanımı, sınıflandırılması etiyolojisi, tedavisi ve kontrolü anlatılacaktır.

1.2 HİPERTANSİYONUN TANIMI

Vücudumuzdaki organ ve dokuların beslenmesi ve oksijen ihtiyacının karşılanması kalbimizin kanı aort ve atar damarlara pompalaması yoluyla olmaktadır (Boylu, 2006). Aort, kalpten çıkan ana atar damardır. Tüm organ ve dokulara kan götüren atardamarlar, aorttan ayrılan damarlardır. Tansiyon ya da kan basıncı, kalbin pompaladığı kanın damar duvarında oluşturduğu basınçtır ve mmHg olarak ifade edilir (Türk Kardiyoloji Derneği, [TKD], 2000). Kan basıncı iki tür ölçümle ifade edilmektedir. Kalbin vücuda kan pompalamak için kasılmasıyla birlikte, kalpten atardamarlara gönderilen kanındamarların duvarlarında yaptığı basınç ‘sistolik kan basıncı (SKB)’ kalbin gevşemesi sırasında azalan kan basıncı ise ‘diyastolik kan basıncı (DKB)’ olarak ifade edilir. Kan basıncı, alınan gıda, yapılan iş ve harcanan güçle bağlantılı olarak gün içerisinde değişebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Bu nedenle bir kişiye konulan hipertansiyon tanısı, belirli bir zaman aralığında, farklı zamanlarda yapılan birden çok kan basıncı ölçümüne dayanmalıdır (European Society of Hypertension ve European Society of Cardiology [ESH ve ESH], 2007). Amerika Birleşik Devletleri Birleşik Komite 7. Raporu’nda (NHLBI, 2004) hipertansiyon tanısı için iki ya da daha fazla doktor ziyareti ve her ziyarette iki ya da daha fazla kan basıncı ölçümünün esas alınması gerektiği belirtilmektedir. Ancak kan basıncı yükselmeleri şiddetli ve belirginse, hipertansiyon ile bağlantılı herhangi bir organ hasarı varsa ya da kardiyovasküler risk yüksekse hipertansiyon tanısı 1-2 hafta gibi daha kısa bir zaman içinde de konulabilir. Ayrıca, hipertansiyon tanısı konmadan önce tıbbi öykünün, fizik muayenenin, laboratuvar incelemelerinin, genetik analizin ve belirtileri belirgin olmayan bu nedenle çabucak fark edilemeyebilen (subklinik) organ hasarlarının da araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır (ESH ve ESC, 2007).

Hipertansiyon, kanı, kalpten diğer organ ve dokulara taşıyan atardamarları sertleştirerek kan akışının azalmasına bunun sonucunda da kalbe giden oksijen miktarında azalmaya sebep olmaktadır (WHO, 2011). Belirti vermeden ilerleyen kronik bir hastalık olan hipertansiyon, tedaviyle kontrol altına alınmadığı takdirde beyin, kalp,

retina ve böbreklerin damarlarında hedef organ hasarı oluşma riskini artırır (Boylu, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2012a) tahminlerine göre, hipertansiyon 7,5 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır. Bu sayı dünyadaki ölümlerin yaklaşık olarak %12,8'ini oluşturmaktadır. Hipertansiyon, kronik kalp hastalıkları, iskemik hastalıklar ve inme için önemli bir risk faktörüdür (WHO, 2012a).

1.3 HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI

Ulusal ve uluslararası tüm dernek ve kuruluşlar, kan basıncını ve hipertansiyonu çeşitli ölçütlere göre sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırmalardan en çok üzerinde durulanlar; kan basıncına göre, hedef organ hasarına göre, etiyolojisine göre yapılan sınıflandırmalardır. Yapılan sınıflandırma sistemleri, uygulamada teşhis ve tedaviye yaklaşım ile ilgili belirsizlikleri azaltarak bu süreçler üzerinde daha kolay karara varılmasına yardımcı olmaktadır.

2.3.1 Kan Basıncı Düzeylerine Göre

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hipertansiyon Derneği (WHO ve International society of hypertension [ISH], 2003), Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESH ve ESC, 2007) ile İngiliz Hipertansiyon Derneği (British Hypertension of Society [BHS], 2004), SKB < 120 ve DKB < 80 değerlerini ideal kan basıncı değerleri olarak ele alırken, Amerika Birleşik Devletleri Birleşik Komite 7. Raporu'nda bu değerler normal kan basıncı değerleri olarak kabul edilmektedir. Yukarıdaki tüm dernek ve kuruluşlar hipertansiyon tanısı için gerekli olan kan basıncı değerlerinin SKB \geq 140 ve DKB \geq 90 olması gerektiği konusunda ortak görüştedirler. Hipertansiyon için belirtilen bu değerler 18 yaş ve üzeri bireyler için esas alınmıştır.

Hipertansiyonun şiddetini tanımlamak için JNC-7 Raporu'nda evre (stage) terimi kullanılırken, WHO/ISH, ESH/ESC ve BHS kılavuzlarında derece (grade) terimi tercih etmiştir. Evre kelimesinin hipertansiyona zaman içinde ilerleyen, gelişen, kademe atlayan anlamlarını verdiğini; ancak hipertansiyonun tam olarak bu şekilde seyir göstermediğini, bu nedenle hipertansiyonu şiddetine göre sınıflandırmanın daha doğru olacağını vurgulamış ve bu sınıflandırmaları da derece ile tanımlamayı tercih etmişlerdir.

Tablo 2.1 Kan Basıncı (KB) Düzeylerinin Tanımları ve Sınıflandırması (ESH ve ESC, 2007)

| Kategori | Sistolik Kan Basıncı (mmHg) | Diyastolik Kan Basıncı (mmHg) |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Optimal | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Yüksek normal | 130-139 | 85-89 |
| 1.derece hipertansiyon (hafif-mild) | 140-159 | 90-99 |
| Alt grup: sınır | 140-149 | 90-94 |
| 2.derece hipertansiyon (orta-moderate) | 160-179 | 100-109 |
| 3.derece hipertansiyon (severe-şiddetli) | ≥180 | ≥110 |
| İzole sistolik hipertansiyon | ≥140 | <90 |
| Alt grup: sınır | 140-149 | <90 |

JNC-7 Raporu'nda (NHLBI, 2004), diğer kılavuzlardan farklı olarak 'prehipertansiyon' terimi kullanılmıştır. Bu terim bir hastalık kategorisini ifade etmekten çok hipertansiyon için yüksek risk taşıyan hastaları belirlemek ve hipertansiyonun gelişmesini engellemek ya da geciktirmek için gerekli önlemlerin alınması konusunda hem hasta hem de hekimi uyarmak için kullanılmaktadır.

Tablo 2.2 Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlanması ve Sınıflandırılması (NHLBI, 2004)

| Kategori | Sistolik Kan Basıncı (mmHg) | Diyastolik Kan Basıncı (mmHg) |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Normal | < 120 ve | <80 |
| Prehipertansiyon/Hipertansiyon Öncesi | 120-139 veya | 80-89 |
| Aşama 1 hipertansiyon | 140-159 veya | 90-99 |
| Aşama 2 hipertansiyon | ≥ 160 ve | ≥ 100 |

1.3.2 Hedef Organ Hasarına Göre

Hipertansiyonun tedavisinin amacı, kan basıncı değerlerini uygun değerlere düşürmek ve böylece kardiyovasküler hastalıklara bağlı hastalık ve ölüm oranını önlemektir. Hipertansiyondan kaynaklanan hedef organ hasarı ise damar (vasküler) hastalıklarının sürekliliğinde ve kalp-damar (kardiyovasküler) hastalıkları riski üzerinde önemli bir belirleyicidir (ESH ve ESC, 2007). Bu nedenle hipertansiyonun hedef organ hasarı açısından da sınıflandırılması önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1993) hipertansiyonu kardiyovasküler risk ve hedef organ hasarının olup olmamasına göre üç gruba ayırmıştır. Herhangi bir doku veya organ hasarına dair bir bulgunun olmaması hipertansiyonun 1. evresi olarak tanımlanmıştır. Kalbin sol karıncığında büyüme (sol ventrikül hipertrofisi), retinal damarlarda bölgesel veya yaygın daralma, serum kreatin seviyesinin yükselmesi (1.2-2.0 mg/mL), damar sertliğine (ateroskleroz) neden olan plakların ultrason ile gösterilmesi, komplikasyonlarından en az birinin görülmesi 2. evre olarak tanımlanmıştır. Hipertansiyondan kaynaklanan organ hasarının neden olduğu belirtiler ve bulguların olması ise 3. evre olarak tanımlanmıştır. Bu evrede kalp, beyin, göz, böbrek ve damarlarda bazı belirtiler ve bulgular gözlenmektedir. Bu bulgulardan bazıları; göğüs ağrısı, kalp krizi, inme, retinal kanamalar veya göz içinde iltihabi sıvıların oluşması, böbrek yetmezliği, beyin damarlarının genişlemesidir (anevrizma).

1.3.3 Etiyolojisine Göre

Hipertansiyonun tek bir sebebi yoktur. Oluşum mekanizması bakımından iki tür yüksek tansiyon tanımlanmaktadır.

1.3.3.1 Birincil (Esansiyel) Hipertansiyon

Esansiyel hipertansiyonda sebep olarak belirlenebilen organik bir bulgu veya belirti olmadığı halde kan basıncı sürekli olarak normal kan basıncı değerlerinin üzerindedir. Bununla birlikte güçlü genetik, yapısal ve psikososyal faktörlerin etkileri olduğu üzerinde durulmaktadır (Çelik ve Özdemir, 2010). Hipertansif hastaların %90-95 gibi bir kısmı bu gruba girmektedir. Esansiyel (birincil) hipertansiyon, genellikle 40-50'li yaşlarda ortaya çıkmaktadır ve ilaç tedavisinin yanı sıra uygulanan sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilmektedir.

1.3.3.2 İkincil (Sekonder) Hipertansiyon

Hipertansif hastaların %5-10 gibi bir kısmı ise ikincil hipertansiyon (sekonder hipertansiyon) kategorisindedir. İkincil hipertansiyonun temelinde organik bir bulgu veya neden vardır ve daha çok < 20 yaş ve > 50 yaşlarda görülür (Özerkan, 2000). İkincil hipertansiyona neden olan hastalıkların önemli bir kısmı böbrekle ilgili problemlerden kaynaklanmaktadır (Öksüz, 2004).

1.4 HİPERTANSİYONUN ETİYOLOJİSİ ve TEDAVİSİ

Esansiyel (birincil) hipertansiyonun nedeni bilinmemekle birlikte, zemin hazırlayan faktörler ve etiyolojisi hakkında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Esansiyel hipertansiyonun, kan basıncını düzenleyen çeşitli sistemlerdeki olası bozukluklardan kaynaklanan heterojen bir durum olduğu düşünülmektedir. Etiyolojisi üzerindeki yaygın görüş genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığı yönündedir. Bu faktörlerin bir kısmı genetik geçiş, yaş, cinsiyet gibi kontrol edilemeyen faktörlerken bir kısmı da; sigara kullanımı, fiziksel aktivite gibi kontrol edilebilir faktörlerdir.

1.4.1 Hipertansiyonun Etiyolojisinde ve Tedavisinde Kontrol Edilemeyen Faktörler

1.4.1.1 Genetik Faktörler

Hipertansiyonun %90-95'lik kısmını esansiyel (birincil) hipertansiyon oluşturmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi esansiyel hipertansiyonun nedeni tam olarak bilinmese de yaygın görüş, hipertansiyonun çevresel faktörler ve birden fazla genin (poligenik) etkileşiminden meydana geldiği yönündedir (Yalçın ve Yalçın, 2004). Hipertansiyonun gelişiminde etkili olduğu düşünülen ve üzerinde en çok durulan genler; anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) geni, renin anjiyotensin sistemi' ndeki (RAAS) anjiyotensin II peptidi için vazoaktif habercisi olan anjiyotensinojen (AGT) geni, anjiyotensin II tip 1 reseptörü ve α addusuni genidir (Ay, 2007). Genetik bozuklukların ortak sonucu, artmış su ve tuz tutulumu ile sonuçlanmasındır (Babalık, 2005). Daha az sayıda üzerinde çalışılan bir görüş de hastalığın oluşumunda tek bir genin (monogenik) rol oynadığıdır (Ay, 2007). Monogenik formlarda temeldeki sorun kan basıncını düzenleyen sistemlerin genlerindeki nokta mutasyonla oluşan genotip değişiklikleridir (Yalçın ve Yalçın, 2004). Hipertansiyonun etiyolojisi ile ilgili yapılan birçok çalışma

genetiğin hipertansiyona olan katkısının %25 ile %65 arasında değiştiğini göstermektedir (Carretore ve Oparil, 2000). Yine hipertansif hastalarda, ailede yüksek kan basıncı öyküsüne sıklıkla rastlanması, hipertansiyonun etiyolojisinde genetiğin önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir (ESH ve ESC, 2007; Türe, Kurt, Yavuz ve Kürüm, 2005). Çalışmalar pozitif aile öyküsünün hipertansiyon oluşumunda etkin rol oynadığını ve anne babadan birinin HT olması çocukta da ileri yaşlarda HT gelişme riskini 2 kat arttırdığını göstermektedir (Carretore ve Oparil, 2000). Kan basıncı üzerinde genetiğin etkisini gösteren ve önemli bilgiler sunan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları vardır. Bu çalışmalarda, biyolojik anne-baba-evlat ve kardeşler arasındaki kan basıncı değerleri, evlat edinilmiş çocuk ile üvey anne-baba ve kardeşler arasındaki kan basıncı değerlerinden; tek yumurta ikizleri arasındaki kan basıncı değerleri de çift yumurta ikizleri arasındaki kan basıncı değerlerinden daha benzer bulunmuştur (Brion, Mongeau ve Bertrand 1976; Carretore ve Oparil, 2000; Türe ve ark., 2005). Hipertansiyonun %5-10'luk bir kısmında ise kan basıncını yükselten ve saptanabilen bir patoloji vardır. Hipertansiyon vakalarının %5-10'unu oluşturan ikincil hipertansiyonun nedenleri böbrek, hormon ve damar hastalıkları, gebelik, nörolojik hastalıklar, akut stres, kalp debisi, çevresel damar direncinin azalması, yaşlanma, ilaçlar ve kimyasallar olarak belirtilmektedir (Ateş, 2009).

1.4.1.2 Fetal Çevre

Çevresel faktörlerin etkisi doğum öncesi dönemde başlamaktadır. Fetal çevre, genetik etmenler, annenin sağlık durumu, beslenme özellikleri, maruz kaldığı psikolojik stres, zehirli kimyasal maddeler, bebeğin doğum kilosuna gibi özellikler ileri yaşlarda bazı kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Düşük doğum ağırlığı ile doğan bireyler ileri yaş dönemlerinde normal kiloda doğan bireylere oranla iki kat daha fazla hipertansiyon riski taşımaktadır (Barker, 2011). Bu görüşe göre düşük doğum ağırlığının nefron sayısında azalma ile sonuçlandığı, bu durumun da fetüsün gelişimini olumsuz etkilediği ve hipertansiyona yatkın kıldığı belirtilmektedir (Nejad, Luyckx, ve Brenner, 2006). Nefron, böbreğin kanın süzülmesi ve temizlenmesinden sorumlu en küçük birimdir.

1.4.1.3 Yaş

Hipertansiyon, yaşla birlikte artış göstermektedir (TKD, 2000; Babatsikou ve Zavitsanou, 2010). Özellikle 50 yaş ve üzeri yetişkinlerde hipertansiyon görülme sıklığında belirgin olarak artış olduğu belirtilmektedir (Özdemir, Sümer, Koçoğlu, ve Polat 2001; NHLBI, 2004). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Altun ve ark., 2004) verilerine göre ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı 35-64 yaş grubunda %42,3; 65 ve üzeri geriatric yaş grubunda ise %75,1'dir. Yalnızca sistolik kan basıncının yüksek olduğu hipertansiyonun bir türü olan izole sistolik hipertansiyon yaşla paralel olarak 80 yaşa kadar artış göstermektedir. Diasistolik kan basıncı ise yaşla birlikte artış göstermekle birlikte 70 yaştan sonra azalma göstermektedir.

Yaşla birlikte böbrek, beyin, kalp, damar, karaciğer ve diğer sistemlerin yapılarında ve fonksiyonlarında işlev kayıpları meydana gelmektedir (Dalak, 2010). Ayrıca kan basıncının düzenlenmesinde rol oynayan kalp debisi ve kalp atım hızında azalma, sistemik damar direncinde artma olmaktadır (Dalak, 2010). Tüm bu faktörler hipertansiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır.

1.4.1.4 Cinsiyet

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na (Altun ve ark., 2004) göre Türkiye'de hipertansiyonun görülme sıklığı 18 yaş ve üzeri olan kadınlarda %36,1, erkeklerde %27,5 olarak bulunmuştur. Burt ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları bir çalışmada 60'lı yaşlara kadar hipertansiyonun görülme sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğunu bu yaşlardan sonra ise kadınlarda daha sık görülmeye başlandığını belirtmektedir. 60 yaş ya da menopoz öncesi kadınlarda hipertansiyon daha nadirdir; bunun nedeni yüksek östrojen düzeyleri ve kan hacminin düşük olmasıdır (Yurdakul ve Aytekin, 2010). Kadın ve erkekler arasında hipertansiyon görülme sıklığı açısından anlamlı bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Ong, Cheung, Man, Lau ve Lam, 2007).

1.4.2 Hipertansiyonun Etiyolojisinde ve Tedavisinde Kontrol Edilebilen Faktörler

1.4.2.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Değişiklikleri

a) Obezite ve Kilo Verme

Obezite, vücutta aşırı yağ artımı (kilo alımı) ile ortaya çıkan, çevresel faktörler tarafından tetiklenen, genetik zeminli kronik bir hastalıktır. Obezite, aşırı kilolu olmaktan ayırt edilmelidir. Bunun ayrımı beden kütle indeksinin (BKİ) hesaplanması ile yapılmaktadır. BKİ, bireyin sahip olduğu kilonun boy uzunluğunun karesine oranıdır (kg/m^2). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2012b), beden kitle indeksinin 25 ve üzeri olmasını fazla kilolu olma, 30 ve üzeri olmasını ise obezite olarak tanımlamaktadır.

Obezite, birey için tek başına bir sağlık sorunu olabileceği gibi başka hastalıkların oluşumunda ya da gidişatında da olumsuz sonuçlara yol açabilir. Obezite, hipertansiyonun oluşumundan da sorumlu tutulmaktadır (Akman, Budak ve Kendir, 2004). Çalışmalar obezite ile kan basıncı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ve fazla vücut yağının hipertansiyona yatkınlık oluşturduğunu göstermektedir (Tesfaye ve ark., 2007; Zhou, Hu ve Chen, 2008). Vücuttaki artmış yağ oranı vücudun besin ve oksijen ihtiyacını arttırır. Bu besin ve oksijen ihtiyacını karşılamak için damar içi kan miktarı artar ve kan miktarındaki bu artış da damar duvarından fazladan bir basınca neden olur. Ülkemizde Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada hipertansif hastaların %28,7'sinin obez, %47,7'sinin fazla kilolu, sadece %22,4'ünün normal kilolu olduğu görülmektedir.

Kilo vermenin, obez hastalarda kan basıncını düşürmede ve insülin direncinin, diyabetin, kandaki yağ oranının artışı, kalbin sol karıncığındaki büyümenin, uyku sırasında solunum yolunda tekrarlayıcı tıkanmaların ve bunlarla ilişkili risk faktörlerinin üzerinde yararlı etkileri bulunmaktadır (ESH ve ESC, 2007). Neter, Stam, Kok, Grobbee, ve Geleijnse (2003) kilo vermenin hem sistolik hem de diyastolik kan basıncı üzerinde yol açtığı düşüşün anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Türk Kardiyoloji Derneği'nin Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'na (2000) göre uygun kilo kaybı sayesinde kullanılan antihipertansif ilaç sayısında ve dozunda azalmaya gidilebilir. Kilo kaybı, başlangıçta idrar yoluyla yoğun sodyum kaybına (natriürez) neden olmakta daha sonra ise sempatik aktivitesini azaltarak ve insülin duyarlılığını düzelterek kan basıncının uzun süreli düşük olmasını sağlamaktadır (TKD, 2000).

b) Sodyum Alımı ve Kısıtlaması

Epidemiyolojik çalışmalar, sodyum alımının kardiyovasküler ölüm oranı ve yaşla birlikte artış gösteren kan basıncı ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (He ve MacGregor, 2007). Türkiye’de yapılan SALTürk çalışmasında (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2008), 7 bölgemizin de temsil edildiği örneklemden elde edilen sonuçlar, tuz alımı ile kan basıncı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Bir yetişkinin günlük tuz ihtiyacı 6 gramdır. Fazla miktarda alınan tuz, vücutta su birikimine neden olur ve vücutta fazladan tutulan su da kan basıncını artırır (Blood Pressure Association, 2008). Ayrıca fazla miktarda alınan tuz, hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların tedavi edici etkisini azaltmaktadır (Blood Pressure Association, 2008). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre (WHO, 2007) tuz alımı yarı yarıya azaltıldığı takdirde dünya çapında inme ve kalp krizine bağlı meydana gelen ölüm sayısı yaklaşık olarak 2,5 milyon azalacaktır.

İnterSALT çalışması (Intersalt Cooperative Research Group, 1988) 24 saatlik sodyum oranı ile hem sistolik hem de diyastolik kan basıncı arasında pozitif yönde bir ilişki ortaya koymuştur. Yine aynı çalışmada günde 6 gr daha az tuz alınması durumunda sistolik kan basıncında ortalama 3,5 mmHg, diyastolik kan basıncında ise ortalama 1,5 mmHg’lik bir düşüş olduğu gözlenmiştir. Ulusal ve Uluslararası kılavuzlar, literatürde bulunan sodyum alımındaki kısıtlamanın kan basıncında bir azalma meydana getirdiğini bilgisini temel alarak hipertansif hastalara sodyum kısıtlamasını önermektedirler. He ve MacGregor (2003) iki uygun iyi kontrollü (well-controlled) çalışmayı değerlendirdikleri bir meta-analiz çalışmasında günlük 3 gr daha az alınan tuzun, hipertansiflerde, kan basıncında SKB’de 3,6- 5,6 arası DKB’de ise 1,9 ve 3,2 arasında bir azalmaya sebep olduğu sonucuna varmışlardır. He ve MacGregor (2003) aynı çalışmada kesin olmamakla birlikte günlük alınan tuz miktarındaki 3 gr kısıtlamanın, inmeyi %13, iskemik kalp hastalıklarını ise %10 oranında azaltabileceği yolunda bir tahminde bulunmuşlardır. Hooper, Bartlett, Davey ve Ebrahim’in (2009) randomize kontrollü çalışmaların sistematik bir derlemesini ve meta-analizini yaptıkları çalışmada, uzun süreli (en az 6 ay) sürdürülen tuz kısıtlamasının kan basıncında azalmaya neden olduğu görülmüştür.

c) Diyet Uygulamaları

Hipertansiyonun tedavisinde meyve, sebze ve süt ürünleri bakımından zengin, alınan kolesterol, doymuş ve toplam yağ miktarının kısıtlandığı bir diyet programı önerilmektedir (NHLBI, 2006). Bu beslenme programında ayrıca tam tahıllı ürünler, deniz ürünleri, kümes hayvanlarının ürünleri, kabuklu yemişlerin tercih edilmesi; yağ, kırmızı et, şekerleme gibi besinlerin ise daha az tüketilmesi önerilmektedir (NHLBI, 2006). Önerilen diyet; potasyum, kalsiyum, magnezyum, protein ve lif bakımından zengin besinlerden oluşmaktadır. Potasyum, tuzun olumsuz etkilerini azaltarak kan basıncını düşürmeye yardımcı olan bir kimyasaldır. Fazla miktarda alınan tuz kan dolaşımındaki sodyum miktarını artırır ve sodyum-potasyum dengesini bozar (Blood Pressure Association, 2008). Demirbudak, Şirin, Barut ve Özcan (2010) ilaç tedavisi alan hipertansif hastalarda, sodyum değerleri anlamlı düzeyde yüksek, potasyum değerleri ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kalsiyumun kan basıncı üzerindeki etkisine dair farklı görüşler bulunmaktadır. Cappuccio ve arkadaşları (1995) yaptıkları bir meta-analiz çalışmada kalsiyum ve kan basıncı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu gözlenmiş; bununla birlikte kalsiyumun kan basıncı üzerindeki etkisinin çok küçük olduğu belirtilmiştir. Türk Kardiyoloji Derneği'nin hazırladığı Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'na göre (2000) kalsiyumun günde 1 gram alınması sistolik kan basıncında minimal bir düşme yaparken diyastolik kan basıncında bir değişim meydana getirmez. Margolis ve arkadaşları (2008) hipertansiyon için risk taşıyan ve hipertansiyon tanısı almış menopoz öncesi kadın hastaları 7 yıl boyunca takip etmişler, hastaların bir bölümü kalsiyum takviyesi alırken diğer kısmı yalnızca yıllık kontrollere gelmiştir. 7 yıllık çalışmanın sonunda kalsiyum takviyesinin kan basıncını düşürmediği sonucuna ulaşılmıştır. Magnezyumun kan basıncı üzerindeki belirleyici rolüyle ilgili yapılan çalışmalar da farklı görüşler içermektedir. 29 gözlemsel çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde magnezyum ve kan basıncı arasında anlamlı ve negatif bir ilişkinin olduğu görülmüştür (Mizushima, Cappuccio, Nicholas ve Elliot, 1998). Bununla birlikte başka bir meta-analiz çalışmada magnezyumun kan basıncı üzerinde etkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunamamıştır (Jee ve ark., 2002).

JNC 7 Raporu'na göre (NHLBI, 2004) hipertansiyon tedavisine diyetel yaklaşım yeme programına (Dietary Approach to Stop Hypertension [DASH]) uyulduğu takdirde sistolik kan basıncında 8-14 mmHg arasında bir düşüş meydana gelmektedir. DASH

programına sodyum kısıtlamasının eklenmesi, kan basıncında önemli ölçüde bir azalma meydana getirmekte ve bu azalma her birinin tek başına neden olduğu azalmadan oldukça büyük olmaktadır (Sacks ve ark., 2001). Appeal ve arkadaşları (2006) DASH diyeti uygulayan hipertansif hastalarda, SKB'nin ortalama 5,5 mmHg, DKB'nin ortalama 3 mmHg düştüğünü belirlemişlerdir. Yapılan çalışmalar DASH programının tüm büyük alt gruplarda (cinsiyet, yaş, hipertansif, nonhipertansif vs.) kan basıncında önemli ölçüde azalmaya yol açtığını göstermektedir (Sacks ve ark., 2001). Bununla birlikte Afrika kökenli Amerikalıların DASH programına karşı daha hassas olduğu ve kan basıncındaki düşüşün daha fazla olduğunu belirten görüşler de bulunmaktadır (Appel ve ark., 2006).

d) Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara, hipertansiyonun etiyolojisinde rol oynayan en önemli risk faktörlerinden biridir (Üstün, 2006). Bununla birlikte hipertansif ve normatansif bireyler ile yapılan çalışmalar sigara içmenin kan basıncı üzerindeki etkileri ile ilgili farklı bulgular ortaya koymaktadır. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda, sigara içenlerin kan basıncı düzeylerinin sigara içmeyenlerinkiyle aynı ya da daha düşük olduğu bulunmuştur (Boylu, 2006; Çöl, Özdemir, Ocaktan, 2006). Bazı çalışmalarda ise sigara içmenin kan basıncını yükseltici etkisinin olduğu bulunmuştur. Ijerman, Serne, Van Weissenbruch, De Jongh ve Stehouwer (2003) yaptıkları çalışmada sigara içmenin sistolik kan basıncı üzerinde akut yükselmelere neden olduğunu bulmuşlardır. İçilen bir sigara ile kan basıncı ve kalp hızında 15 dakikadan uzun süre devam eden akut bir yükselme olmaktadır (ESH ve ESC, 2007).

Hastalar her zamanki günlük aktivitelerini sürdürürken, kan basınçlarının, gündüz ve gece belirlenen zaman aralıklarında, taşınabilir elektronik bir cihazla ölçümüne ambulatuvar kan basıncı (ABP) denmektedir. Verdecchia ve arkadaşları (1995) aşırı sigara içmenin ambulatuvar kan basıncı üzerinde anlamlı yükselmelere neden olduğunu bulmuşlardır. Gropelli, Giorgi, Omboni, Parati ve Mancina (1992) ise aşırı sigara tüketiminin kan basıncı üzerinde kalıcı yükselmelere yol açtığını bulmuşlardır.

Alkolün kan basıncı üzerindeki etkisi henüz bir netlik kazanmamıştır. Bu görüşlerden bir tanesi, kan basıncındaki yükselmelerin alkolün sempatik sinir sistemini aktive etmesinden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bir başka görüş de alkolün kortizol ve

kalsiyum yoğunluklarında meydana getirdiği değişimin kan basıncı üzerinde etkili olabileceğini ileri sürmektedir. Genel olarak yaş, vücut ağırlığı, sigara, fiziksel aktivite, sodyum ve potasyum alımı gibi karıştırıcı değişkenlerin sabitlendirildiği çalışmalar; alkol alımı ile kan basıncı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Xin ve ark., 2001). Normal sınırlarda (> 30 gr ya da 2 kadeh / günde) alınan alkol ile kan basıncı artışı arasında bir ilişki yoktur; ancak yoğun alkol alımının (günde 3 - 4 kadehten fazla) kan basıncı yükselmeleri üzerinde anlamlı etkisi vardır (Emberson ve Bennett, 2006; NHLBI, 2004). Rastgele seçilen 15 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmada alkol kısıtlaması ile birlikte sistolik ve diyastolik kan basıncında istatistiksel olarak anlamlı azalmalar (SKB'de -3.31 mmHg; DKB'de -2.04 mmHg) meydana geldiği bulunmuştur (Xin ve ark., 2001).

e) Kafein Tüketimi

Kafein, merkezi sinir sistemini uyarır ve bunun sonucunda kalp atışları artar, kan basıncında ise olası yükselmelere neden olur. Sağlık çalışanlarının önerdiği günlük kafein tüketim miktarı 300mg'dır. Çeşitli içecek ve yiyeceklerle alınan kafeinin kan basıncı üzerindeki etkileri ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Mattioli (2007) aşırı kahve tüketiminin sempatik sinir sistemi aktivitesini, kan basıncını ve kronik arter hastalıkları riskini arttırdığını bulmuşlardır. Noordzij ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında kafein tüketiminin hem sistolik (4.16 mmHg) hem de diyastolik kan basıncındaki (2.41 mmHg) artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kafeinin kan basıncını arttırıcı etkisinin hipertansif hastalarda daha fazla olduğu gözlenmiştir (Hartley ve ark., 2000; Rakic, Burke ve Beilin, 1999). Kafeinin kan basıncı üzerindeki etkisi bireysel farklılıklara göre de değişiklik göstermektedir. Bu nedenle kafeinin kan basıncı üzerindeki etkisi düzenli kan basıncı takipleriyle kontrol edilmeli, kan basıncını yükseltici etki gösterdiği düşünülüyorsa kafein alımında bir sınırlamaya gidilmelidir.

f) Fiziksel Hareketsizlik

Hipertansiyona neden olan en önemli risk faktörlerinden biri de hareketsiz yaşamdır (Sağlık Bakanlığı, 2008). Dünya Sağlık Örgütü' ne (WHO, 2009) göre hareketsiz yaşam tarzı, meydana gelen küresel ölümlerin dördüncü önemli risk faktörüdür. Fiziksel aktivite azlığı kilo artışına yol açarak hipertansiyona zemin hazırlar, kalp krizi ve inme riskinde artışa neden olur. Fiziksel aktivite yetersizliği, tek başına, artan ölüm riski ile

anlamli düzeyde iliskilidir (Haveman-Nies, 2003). Onat ve arkadaslari (2007) yaptiklari bir calismada, fiziksel olarak hareketli Turk yetiskinlerinde hipertansiyon gelisme riskinin anlamli düzeyde dusuk oldugu bulunmustr. Duzenli yapilan fiziksel egzersiz kan basincini dusurmede etkili olmaktadır (Saglik Bakanligi, 2008). Orta düzeyde ve duzenli olarak yapilan fiziksel aktivitenin sagligi koruyucu ve hipertansiyonun gelisme riskini azaltici etkisi uzerine calismalar bulunmaktadir (Hu ve ark., 2004). Whelton ve arkadaslari (2002) 54 rastgele kontrollu calismayi degerlendirdikleri bir meta-analiz calismada, duzenli aerobik yapmanın hem hipertansiflerde hem de normatansiflerde SKB’de 3,84 mmHg, DKB’de 2,58 mmHg’lik bir dusus meydana getirdigi sonucuna ulasmislardir. Fiziksel olarak hareketli cocukların ve genclerin kalp ve kan damarlarının vucuda oksijen iletme yeteneği, guclu kaslar, azalmis vucut ağırlığı, daha olumlu kardiyovaskuler ve metabolik hastalik risk profili, gelismis kemik sagligi ve daha az yogunlukta anksiyete ve depresyon semptomlarına sahip olduklari gozlenmistir (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008).

g) Psikososyal Faktörler

Kan basincini duzenleyen fizyolojik mekanizmaların bileşeni çok karmaşıktır. Sempatik sinir sistemi, hormonlar, kimyasal maddeler, merkezi sinir sistemi kan basincini duzenlemede rol oynayan önemli fizyolojik mekanizmalardır (Vikrant ve Tiwari, 2001). Bu fizyolojik mekanizmaların birçoğu psikolojik streten etkilenmektedir. Kan basincında yükselmelere neden olan ve hipertansiyon için risk olusturduğu düşünölen çeşitli psikolojik ve sosyal faktörler uzerinde durulmaktadır. A tipi kişilik, depresyon, kaygi, sosyal yabancilasma, ekonomik durum gibi psikososyal faktörlerin hipertansiyonun etiyolojisindeki rolü birçok epidemiyolojik calismada gösterilmistir. Yan ve arkadaslari (2003) A tipi davranış örüntüsünün üç temel bileşenini oluşturan düşmanca duygular hissetme, acelecilik ve rekabet/başari odaklılık ile depresyon ve kaygının uzun dönemli varlığının hipertansiyonun gelişmesi ile iliskili olduğunu bulmuşlardır. Player, King, Mainous ve Geesey (2007) sürekli öfke ile hipertansiyon gelişimi arasında anlamli bir iliski bulmustr.

Hipertansiyonun görölme sıklığında ölkeler ve bölgeler arasında farklılıklar görölmektedir. Bu farklılığın ortaya çıkmasında o toplum veya gruba ait sosyal ve ekonomik özelliklerin önemli bir rolü vardır (WHO, 2011). Sosyoekonomik özellikler

ile eğitim durumu, iş ve gelir durumu, sosyal çevre gibi sosyal ve ekonomik faktörler kastedilmektedir. Düşük sosyoekonomik gruplarda hipertansiyon hem daha sık gözlenmekte hem de hipertansiyonun kontrol oranı daha düşük olmaktadır (Oskay, Önsüz ve Topuzoğlu, 2010; Öngen, 1997). Conen, Glynn, Ridker, Buring ve Albert (2009) yaptıkları ileriye dönük bir çalışmada başta eğitim düzeyi olmak üzere sosyoekonomik düzey ile kan basıncındaki artış ve hipertansiyon görülme sıklığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerde de düşük sosyoekonomik düzey ile yüksek kan basıncı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Colhoun, Hemingway ve Poulter, 1998).

1.4.3 Hipertansiyonun İlaçla (Farmakolojik) Tedavisi

Esansiyel hipertansiyon tanısının konması ile birlikte ömür boyu devam eden bir tedavi süreci başlamaktadır. Hipertansif hastalarda tedavinin birincil hedefi, kardiyovasküler hastalık ve ölüm riskine ilişkin uzun dönemdeki riskte en yüksek düzeyde düşüş sağlamaktır (ESH ve ESC, 2007). Bu amaç doğrultusunda, hasta tarafından tolere edilebilmesi halinde, antihipertansif tedavi ile sistolik kan basıncının 140 mmHg'nin, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg'nin altında tutulmasına ve varsa kardiyovasküler ve renal risk faktörlerin kontrol altına alınmasına çalışılmaktadır (TKD, 2000). Hipertansiyona, diyabet veya böbrek hastalığının da eşlik ettiği kişilerde ise hedef kan basıncı SKB için < 13 ve DKB için < 8 düzeyinde olmaktadır (NHLBI, 2004). Kan basıncını düşürmenin inme sıklığında ortalama %35 - 40; kalp krizinde (miyokard enfarktüs) ortalama %20 - 25; kalp yetmezliğinde ise ortalama %50'den fazla azalma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (NHLBI, 2004).

Hipertansiyonun tedavisi için önerilen ilk seçenek ilaç grupları; diüretikler, beta adrenerjik reseptör blokerleri (BB), alfa adrenerjik reseptör blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri (Ca^{2+}), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE inhibitörleri) ve anjiyotensin II (AT-II) reseptör blokerleridir (Süzer, t.y.). Diüretikler, idrar söktürücüdürler. Diüretiklerin kan basıncını düşürücü etki mekanizması, sodyumun idrar ile atılmasını, damarların genişlemesini ve plazma hacminin azalmasını sağlamasıdır (İlerigelen, 2005). Beta blokerler, hızlı kalp atışına yol açabilen sempatik sinir sisteminin belli etkilerini bloke ederek kalbin iş yükünü ve kalp, beyin ve vücuttaki kan damarlarının daralmasını azaltan ilaçlardır (Kalan, 2007). Alfa adrenerjik reseptör

blokerleri, damarların etrafındaki düz kaslarda, damarlarda gevşeme ve çevresel damar direncinde azalma sağlayarak kan basıncını düşürücü etkide bulunurlar (TKD, 2000). Kalsiyum kanal blokerleri (Ca^{2+}), damarların etrafındaki düz kasların gevşemesini, hafif diüretik etki, sodyumun geri emiliminin engellenmesini, damarların genişlemesini sağlayarak kan basıncı düşürücü etki gösterir (Akar, 2007). ACE inhibitörleri, damarları genişleterek ve sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürürler (İlerigelen, 2005). Son olarak, AT-II reseptör blokerlerinin hipertansiyon üzerindeki farmakolojik etkisi birçok mekanizmayı düzenlemesiyle olmaktadır. Bu gruptaki ilaçlar düz kasların gevşemesini, idrar ile vücuttan sodyum atılımını, plazma hacminde azalmayı, kalp karıncıklarında meydana gelen büyümede azalmayı, kalbin gevşeme fonksiyonlarındaki sorunların azaltılması, düzensiz kalp ritimlerinde azalmayı, böbrek hasarından kaynaklanan ve idrarla atılan protein miktarında azalmayı ve böbrek fonksiyonlarında iyileşmeyi sağlayarak kan basıncını düşürür (Polat ve Yalçın, 2008).

Tedavinin başlangıcında ve devamında tekli tedavi veya birden fazla ilacın birlikte kullanıldığı kombinasyon tedavisi uygulanmaktadır. Kardiyovasküler hastalık riski düşük ve orta düzeyde ise ve hafif kan basıncı yükselmeleri varsa, tekli tedavi uygulanabilir. Ancak başlangıçta 2. ve 3. derece hipertansiyon gözlemleniyorsa ve kardiyovasküler risk yüksekse ilk tedavi seçeneğinin düşük dozlarda iki ilacın olduğu bir tedavinin seçilmesi önerilmektedir (ESH ve ESC, 2007).

1.5 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Biyomedikal modele göre beden, zihnin psikolojik ve sosyal süreçlerinden ayrıdır. Tüm hastalıklar ve fiziksel sakatlıklar yaralanma, kimyasal dengesizlikler, bakteriyel ya da viral enfeksiyon ve bunun gibi fiziksel süreçlerde meydana gelen kusurlar sonucu ortaya çıkmaktadır (Lyons ve Chamberlain 2006). Bu modele göre sağlık yalnızca biyomedikal ve fiziksel yönü ile ele alınmaktadır.

Biyopsikososyal modele göre ise sağlık biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşiminden meydana gelmektedir (Lyons ve Chamberlain 2006). Dünya Sağlık Örgütü (1948) sağlığı, yalnızca bir hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması değil fiziksel, zihinsel ve sosyal alanlarda da tam bir iyilik halinin olması olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, sağlığı medikal yönünün dışında bireysel ve sosyal belirleyicilerine de vurgu yapmaktadır.

Yaşam biçimi, fiziksel sağlığı etkilemesi muhtemel olan belirli davranış ve yaşam şekillerini tanımlayan bir terimdir (Lyons ve Chamberlain 2006). Sıklıkla bireysel sağlıkla ilişkilendirilen yaşam biçimi, çoğunlukla sağlığın geliştirilmesinde, önleyici tıp çalışmalarında ve sağlık araştırmalarında ön plana çıkmaktadır (Lyons ve Chamberlain 2006). Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireylerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve günlük aktivitelerinde sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçerek uygulamalarıdır (Aksoy, 2010).

Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitede bulunma, sigarayı bırakma gibi davranışlar sağlık davranışı olarak nitelendirilmektedir. Sağlık davranışı, bir yaşam biçimidir ve yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Haveman-Nies ve ark., 2002). Bu yaşam biçimi sayesinde kalıcı bir hastalık ve sakatlığın başlama yaşı geciktirebilir veya önlenir (Haveman-Nies ve ark., 2002). Günümüzde giderek artan bir şekilde, insanların sağlığı geliştirici davranışlara uyum sağlayarak ve sağlığı riske atan diğer davranışlardan kaçınarak kendi sağlıklarına ve iyi hallerine katkıda bulunabilecekleri görüşü kabul görmektedir.

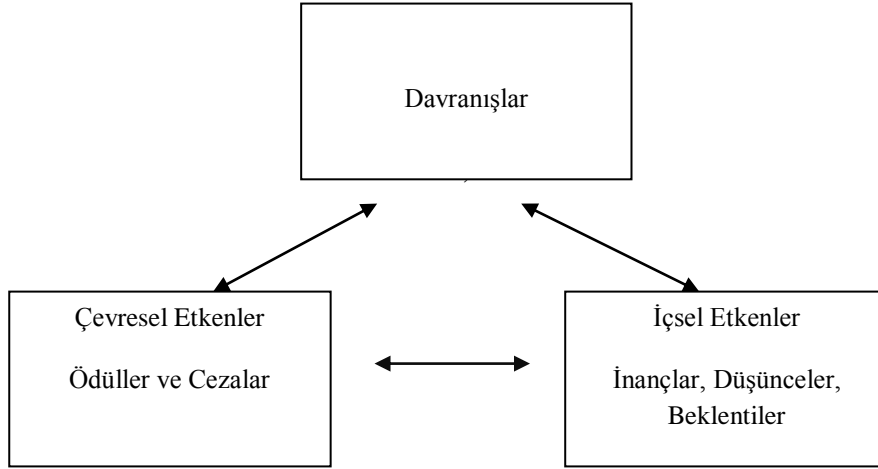
Sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmak ve geliştirmek için yapılan sosyal ve çevresel müdahalelerden oluşan bir süreçtir (WHO, 2011). Yapılan müdahalelerin odak noktası kişiye sağlıklı bir yaşam tarzını benimsetmektir. Etkili sağlığı geliştirilme programları ile kişilerin sağlıklarını korumaları ve sürdürmeleri, hastalık risklerini azaltmaları ve kronik hastalıkların yönetimi sağlanabilir (Yardım, Gögen, ve Mollahaliloğlu, 2009).

1.5.1 Sosyal-Bilişsel Model Temelinde Sağlık Davranışları

1941 yılında Miller ve Dollard tarafından tanımlanan Sosyal Bilişsel Kuram, 1965 yılında Albert Bandura tarafından gözden geçirilmiş ve 1986 yılında Sosyal Bilişsel Kuram içerisinde Bandura' nın kitabında yayınlanmıştır.

Sosyal Bilişsel Model, davranışın hem dışsal hem de içsel süreçler tarafından belirlendiğini; bununla birlikte davranışın sadece tek bir etmen ya da basit bir bileşim tarafından meydana gelmediğini belirtmektedir (Burger, 2004). Bu yaklaşıma göre insan davranışları, dışsal olaylar ile kişisel donanım gibi kişisel belirleyicilerin karşılıklı etkileşiminin bir sonucudur (Gözüm ve Bağ, 1998). Bandura içsel süreçler, dışsal süreçler ve davranış arasında var olan bu etkileşimsel sürece **karşılıklı belirleyicilik**

adını vermiştir. Karşılıklı belirleyicilik ilkesine göre dışsal ve içsel süreçler bir davranışın ortaya çıkmasında belirleyici olabileceği gibi davranış da bu süreçlerin ortaya çıkmasında belirleyici olabilir. Burada söz edilen dışsal süreçler ile ödül ve cezalar, içsel süreçler ile kişinin inançları, düşünceleri ve beklentileri kastedilmektedir.



Şekil 1.1 Bandura' nın Karşılıklı Belirleyicilik Kuramı (Burger, 2004)

Sosyal Bilişsel Model, sağlık davranışlarını anlamak amacıyla sağlık psikologları tarafından sıklıkla kullanılmıştır (Schwarzer ve Renner, 2000). Bu amaçla Model'de yer alan bazı temel kavramlar sağlık alanına uyarlanmaya çalışılmıştır (Martin ve ark., 2008). Bu modelden uyarlanan kavramlardan bazıları ise şunlardır: Farklı sağlık uygulamalarının sağlıkla ilgili riskleri ve yararları hakkında **bilgi eksikliği**; kişinin sağlıkla ilgili alışkanlıkları üzerinde kontrol sağlayabileceğine dair **öz etkililik algısı**; farklı sağlık alışkanlıklarının maliyet ve yararlarında ilişkin **sonuç beklentileri**; **sağlık amaçları** ve bu amaçları gerçekleştirmek için belirlenen somut planlar ve stratejiler; **algılanan kolaylaştırıcılar** ve sosyal ve yapısal **engellerdir** (Bandura, 2004).

Sağlığı olumlu ve olumsuz etkileyen davranışlar, tedavi yöntemleri veya ilişkili olabilecek birçok faktör hakkında bilgi sahibi olmak, sağlık davranışlarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Dişçigil, Şensoy, Nazlı, Tekin ve Söylemez, 2007). Eğer insanlar sürdürdükleri yaşam tarzının sağlıkları üzerinde nasıl bir etkisinin olduğu hakkında bilgi sahibi değilse, zararlı alışkanlıklarını bırakma ya da sağlıklı bir yaşam tarzını benimseme konusunda bir zorunluluk hissetmeyeceklerdir (Bandura, 2004).

Sosyal Bilişsel Model'in temel kavramlarından biri olan öz etkililik, bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancıdır ve onun motivasyonun, devamlılığın (persistence), iyilik halinin ve kişisel başarıların temelini oluşturur (Annesi, Unruh ve Whitaker, 2007; Senemoğlu, 2012). Güçlü bireysel yeterlilik duygusunun daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha yeterli sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Yiğitbaş ve Yetkin, 2003).

Sağlık davranışları, insanların, davranışlarının herhangi bir yarar sağlayacağına ilişkin beklentilerinden de etkilenir. Davranışın sonucunda olumlu bir durum meydana gelme ihtimali varsa bu davranışın yapılma olasılığı artar. Kısa vadeli ulaşılabilir amaçlar sayesinde birey sistematik bir şekilde davranış değişikliklerine gider ve bu değişim konusunda motivasyonu yüksektir. Algılanan kolaylaştırıcılar ve engeller de sağlık alışkanlıkları için belirleyici olmaktadır.

1.5.2 Hipertansiyonun Kontrolünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü

Hipertansiyon, yaşam boyu tedaviyi gerekli kılan önemli bir kronik hastalıktır. Hipertansiyonun tedavisinde klasik yaklaşım her ne kadar ilaç tedavisi olsa da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da önemi göz ardı edilemez. JNC-7 Raporu'nda (NHLBI, 2004) sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerinin hipertansiyonun önlenmesinde kritik öneme sahip olduğu ve ayrıca bu değişikliklerin hipertansiyonun kontrolünde de vazgeçilmez bir unsur olduğu belirtilmektedir.

JNC-7 Raporu'na göre (NHLBI, 2004) çeşitli yaşam biçimi değişiklikleri kan basıncında önemli düşüşler meydana getirmektedir. Örneğin, ideal kiloya ulaşılması ve bu kilonun korunması kan basıncında 5-20 mmHg, hipertansiyon için hazırlanmış diyet programına (NHLBI, 2010) uyulması 8-14 mmHg, sodyum kısıtlaması 2-8 mmHg, fiziksel aktivite 4-9 mmHg, alkol kısıtlaması 2-4 mmHg bir azalma meydana getirmektedir. Arteriyel Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu'nda da (ESH ve ESC, 2007) tüm hipertansif hastalarda, uygun olduğunda, yaşam tarzı ile ilgili önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu'na göre bu önlemlerin amacı kan basıncını düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek antihipertansif ilaç sayısını ve dozunun azaltmaktır.

1.5.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Sağlık Psikologunun Rolü

Sağlık psikolojisi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinin yanı sıra hastalığın önlenmesi ve tedavisini, sağlık, hastalık ve ilgili işlev bozukluklarının etiyolojik ve tanısal ilişkilerinin ortaya çıkartılmasını, sağlık sisteminin geliştirilmesini ve sağlık politikalarının biçimlendirilmesini kapsar (Matorazzo, 1980). Bu tanım, hastalıkla baş etme kadar hastalıktan korunmayı ve buna yönelik müdahaleleri de kapsamaktadır. Sağlık psikolojisinin bu kapsamda üzerinde durduğu konulardan biri de sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleridir. Sağlık psikologları, sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesini etkileyen psikolojik ve sosyal faktörleri inceler, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesini engelleyen faktörleri belirlemek için çalışmalar yapar, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi için neler yapılması gerektiği sorusuna yanıtlar arar. Sağlık psikologları ayrıca sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla eğitim amaçlı çalışmalar yapar (Okyayuz, 1999). Örneğin çocukların sağlıklı yaşam alışkanlıklarını nasıl kazanabilecekleri, insanların düzenli egzersiz programlarına katılımlarının nasıl sağlanacağı, risk oluşturan davranış değişikliklerinin hangi programlar ile yapılabileceği gibi konular üzerinde durur (Okyayuz, 1999). Son olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çeşitli kampanyalar düzenler ve sağlık politikaları geliştirir. Sağlık Bakanlığı'nın sigarayı bırakmayı teşvik etmeye yönelik sigara içilen alanları sınırlandırması ve sigaranın sağlığa zararı ile ilgili yaşantısal örneklerin sunulduğu reklam kampanyaları bu çalışmalara örnek olarak verilebilir.

Sağlık psikolojisinin hem teorik hem de pratik bilgileri, kronik bir hastalık olan ve tedavi edilmediği takdirde organ hasarlarına ve ölüme yol açabilen hipertansiyondan korunmada ya da hipertansiyonla baş etmede önemli bir rol alabilir. Hipertansif hastaların ciddi bir bölümü hastalığının farkında olmadan yaşamını sürdürmektedir (Boylu, 2006; Özdemir, 2001). Bazı hastalar ise hipertansif olduğunu bilmesine rağmen tedaviye gereken özeni göstermemektedir. Cingil, Delen ve Aksuoğlu'nun (2009) yaptığı bir çalışmada hastaların %28'inin ilacını düzenli kullanmadığı ve ilacı alacağı saati bilmemenin bu durumu bağımsız olarak öngördüğü bulunmuştur. Oskay ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada ise hipertansif hastaların kan basıncı değerleri, hipertansiyonla ilişkili hastalıklar, kan basıncının yükselmesine yol açan faktörler ve tedavi süresi konularında bilgilerinin yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bu

durun hem hastalıktan korunmak hem de hastalıkla etkili bir şekilde baş edebilmesini sağlamak amacıyla toplumun bilgilendirilmesinin ve bu konuyla ilgili müdahale programlarının oluşturulmasının gerekliliğini göstermektedir. Bireylerin hipertansiyon hakkında bilgilendirilmeleri birincil koruma ve erken tanının yanı sıra, hasta olduktan sonra tedaviye uyumu ve dolayısıyla hipertansiyonun kontrolünü de olumlu yönde etkileyecektir (Oskay ve ark., 2010).

Aşağıda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi incelenecek değişkenler olan aile işlevselliği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik kavramları ilgili bilgiler verilecektir.

1.6 AİLE İŞLEVSELLİĞİ

1.6.1 Sistemik Açıdan Aile

Aile, her biri ayrı kişiliğe, değerlere, rollere ve yeteneklere sahip iki veya daha fazla kişiden oluşan bir yapıdır (Bulut, 1993). Aile üyeleri arasındaki karşılıklı ilişkileri vurgulayan Aile Sistemleri Teorisi 1950'lerden bu yana psikoloji alanında önemini korumaktadır. Bu anlayışa göre aile bir sistem olarak kendisini oluşturan parçaların özelliklerinin toplamından daha fazlasıdır. Tüm aileyi ya da aileden herhangi birini etkileyen bir olay ailedeki diğer bireyleri de etkiler. Ailelerin iletişim örüntüleri, sınırlar, rol esnekliği, alt sistemler arasındaki ittifaklar ve aile kuralları çerçevesinde kendilerine özgü geliştirdikleri tarzlar, aile sisteminin homeostatik dengesini korumaya hizmet etmektedir (Tüzer, 2001).

1.6.2 McMaster Aile İşlevselliği Modeli

McMaster aile işlevselliği modeli, sistemler teorisini temel alır. Sistemler teorisinin en önemli varsayımları; ailenin tüm parçalarının birbiriyle ilişkili olduğu; ailenin bir parçasının aile sistemini oluşturan diğer parçalardan ayrı tam olarak anlaşılamayacağı; aile yapısı ve yapılanmasının aile üyelerinin davranışları üzerinde güçlü ve belirleyici bir etkiye sahip olduğu şeklindedir (Miller, Ryan, Keitner, Bishop ve Epstein, 2000). Bu kurama göre sistem, birbiriyle sürekli bir etkileşim içinde olan parçalardan meydana gelmektedir (Dallos ve Draper, 2006).

1.6.2.1 Aile İşlevselliğinin Boyutları

McMaster Aile İşlevselliği Modeli'ne göre, bir aile, altı temel boyutta işlev göstermelidir. Bu altı boyut, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranışsal kontroldür. Bu altı boyutun aile üyelerinin duygusal ve fiziksel sağlıkları üzerinde önemli etkileri vardır (Herzer ve ark., 2010). Ailenin yapısını, organizasyonunu ve etkileşim kalıplarını bu altı boyuta göre değerlendirerek ve formüle ederek anlayabiliriz (Miller ve ark., 2000). Tüm boyutlar eşit miktarda aile sisteminin işlevselliğine katkıda bulunmaktadır (Herzer ve ark., 2010). Bu nedenle tek bir boyut tek başına ailenin işlevselliği hakkında doğru bir bilgi vermez. Epstein, Baldwin ve Bishop (1983), sorunlarını bir araya gelerek çözebilen, üyelerinin birbirine duygusal olarak bağlı, özgürlüklerini önlemeyecek şekilde ilgili olduğu, herkesin kendinden beklenen rolü yerine getirebildiği, davranışların aşırıya kaçmayacak şekilde kontrol edildiği ve üyeler arasında açık, dolaysız, rahat bir iletişimin olduğu aileleri işlevlerini yerine getiren sağlıklı aileler olarak tanımlamışlardır.

a) Problem Çözme

Problem çözme boyutu, ailenin aile işlevselliğini sürdürebilecek düzeyde problemleri çözebilme becerisini tanımlar (Miller ve ark., 2000). Bu alt boyut problemin ortaya çıkışından çözülmesine kadar olan dönemi kapsar. McMaster Aile İşlevselliği Modeli'ne göre problemler araçsal ve duygusal problemler olarak ikiye ayrılır. Araçsal problemler, aylık gelirin idareli kullanılması, yaşanılacak yere karar verme gibi günlük yaşamın mekanik problemleridir. Duygusal problemler ise, bunlarla ilişkili hisler ve duygusal deneyimlerdir.

b) İletişim

İletişim ile anlatılmak istenen, ailenin ne miktarda ve nasıl bilgi ve duygu alışverişinde bulunduğudır. Ayrıca bu alışveriş sırasında üyeler arasındaki iletişimin açık veya kapalı, doğrudan veya dolaylı olması üzerinde de durulur. İletişimin dolaylı ve belirsiz olması işlevsel olmayan aile sistemine işaret etmektedir (Goldenberg ve Goldenberg, 2000).

Etkili bir iletişim, kişilerin birbirini daha iyi tanımalarına, kaynakların eşit olarak kullanımına, ortak amaçların belirlenmesine, kişilerin kendilerine ve diğerlerine saygı duymalarını olanak tanımaktadır (Bulut, 1993).

c) Roller

Roller, aile içinde tekrar eden ve ailenin maddi-manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Bu davranış kalıpları aile üyeleri tarafından yerine getirilen aile yükümlülükleri olarak da kabul edilir. İşlevsel bir ailenin, aile kaynaklarının kullanımı, aile üyelerinin bakımı, beslenmesi, kişisel gelişimlerinin desteklenmesi gibi ihtiyaçları karşılamaya yönelik davranış kalıpları geliştirebilmesi gerekmektedir. Örf ve adetler tarafından saptanan roller, toplumlara geniş ve çekirdek aile tiplerine göre değişiklik göstermektedir (Bulut, 1993).

d) Duygusal Tepki Verebilme

Ailenin, duygusal bir yaşantıya uygun miktarda ve şekilde duygusal tepki verebilme becerisidir (Miller ve ark., 2000). Sevgi, mutluluk, kızgınlık, öfke, korku, utanç gibi duyguların sözel ve davranış ile duruma uygun bir şekilde ifade edilebiliyor olması ailenin işlevselliğini gösterir (Ertekin, 2010). Burada üzerinde durulan ailenin zengin duygu yelpazesine sahip olması ve bu duyguları duruma uygun bir şekilde gösterebilmesidir.

e) Gereken İlgiyi Gösterme

Gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutu, aile üyelerinin birbirlerine karşı gösterdikleri ilgi ve yaptıkları yatırımın derecesini tanımlamaktadır (Miller ve ark., 2000). Burada üzerinde durulan aile üyelerinin ne derecede ve ne şekilde birbirleriyle ilgilendikleridir. Gereken ilgiyi gösterme ile kastedilen basit anlamda aile üyelerinin birlikte ne yaptıklarını değil, aile üyeleri arasındaki ilginin derecesidir (Miller ve ark., 2000).

f) Davranış Kontrolü

Ailenin, aile bireylerinin davranışları ile ilgili kontrol ve gözetimini ifade etmektedir (Eşkisü, 2009). Mantıklı kuralların konulduğu ve duruma veya ortama göre kurallar

üzerinde konuşmanın ve değiştirmenin mümkün olduğu aile ortamları sağlıklı olarak tanımlanmaktadır (Eşkisu, 2009). Kuralların katı, belirsiz olması veya kuralların olmaması işlevsel olmayan aile yapısına işaret etmektedir.

g) Genel İşlevler

Bu boyut yukarıda açıklanan 6 boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

1.6.3 Aile İşlevselliği ve Sağlık

Aile ve sağlık üzerine yapılan araştırmalar ailenin sağlık üzerinde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar, fiziksel hastalık ve aile işlevselliği arasında çift yönlü bir ilişkiye işaret etmektedir. Fiziksel hastalıkların aile işlevselliğini etkilemesi kadar, aile de üyelerinin fiziksel sağlığını etkilemektedir. Aile içinde meydana gelen değişimler üyelerinin yaşamında sorun oluşturabileceği gibi, üyelerin yaşamında meydana gelen kriz veya problemler de aile dinamiğini bozabilmektedir (Ekinci ve Yıldırım, 2010). Bu açıdan hipertansiyon aile sisteminde var olan yapılanmaya etki edebilir ve dengenin tekrar kurulabilmesi için yeni bir yapılanma gereksinimi doğurabilir. Örneğin; ailenin diğer üyeleri, hasta bireyi etkileyeceği düşüncesiyle duygusal sıkıntıları gizleme yoluna gidebilir, beslenme tarzını değiştirebilir, ilaç saatlerini hatırlatma konusunda sorumluluklar alabilir veya hasta bireyin sorumluluklarını paylaşma yoluna gidebilir. Bu konuya eğilen bir araştırmada, Çakmak, Arslan, ve Erdine (2009) hipertansiyon tedavisinde uyumu arttırmada, ailenin de hipertansiyon tedavisine uyum sağlanması önemli olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle hipertansiyon tedavisinde, tedaviye uyumu arttırmaya yönelik olarak hasta kadar aileye de hastalık yönetiminin öğretilmesi gerekmektedir. Ailenin hastalıkla baş etme üzerinde önemli rolünü göz önüne alan ve aileyi de içine alan tedaviye uyumu arttırmaya yönelik psikososyal müdahale programları bulunmaktadır (Campbell, 2003).

Ailenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkilerini gösteren çalışmalar da vardır. Akfert, E. Çakıcı ve M. Çakıcı (2009) sigara ve alkol alma davranışını gösteren kişilerin aile ortamını daha olumsuz algıladıklarını bulmuşlardır. Araştırmalar özellikle eşin kronik hastalıklarla baş etmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Örneğin tedaviye uyum, yaşam biçimi davranışlarına değişiklikler yapmak ve hasta olan eşin ev içi sorumluluklarının üstlenilmesi veya aile içi rollerin yeniden dağılımı gibi (DiMatteo, 2004; Franks ve ark., 2006).

1.7 SOSYAL DESTEK

1.7.1 Sosyal Destek Kavramı

Kişinin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde, başkalarıyla kurulan sosyal ilişkilerin önemli bir rolünün olduğu üzerinde durulmaktadır (Şahin, 1999). Yüksek seviyede sosyal desteğe sahip kişiler daha az stres yaşamakta ve stresle daha başarılı bir şekilde baş etmektedir (Taylor, 2009).

Sosyal destek; sevgi, ilgi, duygularını açma, değerli hissetme, bilgiye ulaşma, maddesel ihtiyaçlarını giderme, etkinliklere biriyle birlikte katılma gibi bireyin birçok ihtiyacını karşılayarak, hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de kimlik duygusunu koruyup güçlendirmesini ve kendine güveninin artmasını sağlamaktadır (Wills, 1991; akt. Okyavuz, 1999). Algılanan sosyal destek ise sosyal desteğin önemli bir boyutudur ve bir anlamda kişinin kendine biçtiği değerdir (Fadıloğlu, 2009). Sosyal destek, duygusal, bilgi sağlayıcı, maddi veya araçsal ve güven desteği gibi geniş bir kavram yelpazesi için kullanılır. Bu kavramların her biri sosyal desteğin bir işlevini ifade eder ve zaman zaman işlevleri açısından birbirleriyle örtüşür (Taylor, 2009).

1.7.2 Sosyal Destek Kaynakları

Aile üyeleri, akrabalar, yakın arkadaşlar, iş arkadaşları, çeşitli topluluklar ve diğer toplumsal ilişkiler bireyin sosyal ağının bir parçasıdır ve her birinin bireye sosyal destek sağlamada bir rolü vardır (Verheijden, Bakx, van Weel, Koelen ve Staveren, 2005). Tüm bu birimler bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturur ve sıkıntı yaşayan ya da zor durumda olan bireye bu zor durumla baş etmesinde, bu duruma uyum sağlamasına ya da olgunlaşmasında önemli rol oynar.

1.7.3 Sosyal Desteğin İşlevleri

Başkalarıyla kurulan ilişkiler, bireylerin başa çıkma ve duruma uyum sağlama gibi birçok açıdan yararlı işlev sağlamaktadır (Okyayuz, 1999). Farklı sosyal destek türlerinin üzerinde görüş birliği bulunan dört işlevi bulunmaktadır.

Duygusal sosyal destek, başkalarıyla kurulan ilişkiler, sevgi, şefkat, ilgi kabullenme, yakınlık, duygularını açma ve değer verme gibi kaynaklar sağladığı için bireyin kendini iyi hissetmesine katkıda bulunur (Okyayuz, 1999). **Bilgi sağlayıcı sosyal destek**, yaşanan güçlükler karşısında, çevresindeki kişilerin bireyin yaşamını kolaylaştırıcı yönde bireye öğütler vermesi, önerilerde bulunması, kişisel geribildirimde bulunması ve ihtiyacı olan bir konuda bilgilendirmesidir (Güni, 2005). Bilgi sağlayıcı sosyal destek, bir sorun karşısında bireyin farklı çözüm yollarını görebilmesine yardım eder (Güni, 2005). **Maddi veya araçsal sosyal destek**, bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gereksinim duyduğu durumlarda günlük işlerinde bireye yardımcı olmak, maddi yardımda bulunmak, gerekli araç-gereci temin etmek gibi somut ve maddesel yardımları içerir (Kes, 2009; Okyayuz, 1999). Son olarak **güven desteği** ise çevresindekilerin bireyi desteklemesi, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını bildirmeleri ya da kendisinden daha kötü durumda olanlarla karşılaştırılmasına olanak sağlanması gibi davranışları içerir (Savcı, 2006).

1.7.4 Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki üzerinde duran çalışmalar iki görüş üzerinde yoğunlaşmaktadır. Birinci yaklaşım sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu, sosyal desteğin her zaman sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğundan söz etmektedir (temel etki). İkinci yaklaşıma göre sosyal destek herhangi bir durumda meydana gelen olumsuz olayların etkisini azaltarak kişinin ruh sağlığını korumaktadır (tampon etkisi).

Sosyal destek, yukarıda belirtilen işlevleri aracılığıyla bireyin hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de kimlik duygusunu koruyup güçlendirmesini ve kendine güveninin artmasını sağlamaktadır (Kızıler, 2007). Sosyal desteğin hastalık ve sağlık davranışları üzerinde olumlu etkisini gösteren çalışmalar vardır. Örneğin sosyal destek ile tedaviye uyum ve düşük kan basıncı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Carels ve ark., 1998; Knox, 1993; Lepore ve ark., 1993; Rozanski ve

ark., 1999). Aksüllü ve Doğan'ın (2004) yaptıkları bir araştırmada ise algılanan sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Destekleyici ilişkinin; insanların yaşamında sağlığı iyileştirme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı koruma ve stresle baş etme çabalarının güçlendirilmesinde, başarılı ve sağlıklı ilişkilerin sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir (Güven, Şener, ve Yıldırım, 2011).

1.7.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Sosyal Desteğin Önemi

Araştırmalar sosyal desteğin, tıbbi tavsiyelere ve sağlığı geliştirici davranışlara uyum ile ilişkili olduğunu göstermektedir (DiMatteo, 2004; Lett ve ark., 2005). Ayrıca yeterli sosyal desteğe sahip kişilerin, ciddi hastalıklara yakalanma ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranları daha az olmaktadır (Lett ve ark., 2005). S. Duncan, T. Duncan ve Strycker (2005) arkadaş desteğinin, fiziksel aktivite ile pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Trasher, Campbell ve Oates (2004) 850 Afrika kökenli Amerikalı ile yaptıkları çalışmada sosyal desteğin kanser taraması yaptırma, sağlıklı bir diyet ve fiziksel aktivite davranışları ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmalar ayrıca yakın aile, arkadaş, komşu ilişkileri, evli olmak ve sosyal, politik veya dini bir gruba üye olmak gibi kurulan ilişki türlerinin sayısı arttıkça yaşam süresinin de arttığını göstermektedir (Berkman, 1995).

Güçlü sosyal bağlantılar, sosyal etkinliklere daha fazla katılma yaşlı bireylerde bilişsel bozulma riskini azaltmaktadır (Barnes, Mendes de Leon, Wilson, Bienias ve Evans, 2004; Ertel, Glymour ve Berkman, 2008). Sosyal ilişkilerin rolü, özellikle emeklilik, bir yakının kaybı ve hastalıkların yol açtığı sakatlık veya hareket kısıtlılıklarından dolayı sosyal etkinliklere yeterince katılamama gibi büyük sosyal değişim yaşantılarına maruz kalmış yaşlılar için kritik bir öneme sahiptir.

1.8 ÖZ YETERLİLİK

1.8.1 Öz Yeterlilik Kavramı

Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı bir şekilde yerine getirebileceğine dair kendi kapasitesine ilişkin yargısına öz yeterlilik denir (Aksayan ve Gözüm, 1998). Öz yeterlilik, sağlık davranışları ve davranış değişimi

için önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir (Boonyaleepun, Tassniyom, Laohasiriwong, Barry ve Puttapitukpol, 2007). İyi bir performans göstereceğine ve davranışının olumlu bir sonuca yol açacağına inanan bireylerin, bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik motivasyonlarının daha fazla olduğu düşünülmektedir (Bandura, 1977). Öz yeterlilik algısı yüksek olan kişiler kendilerine daha yüksek hedefler koyarlar ve harekete geçme konusunda kendilerine daha fazla güvenirlir (Bandura, 1977).

Birçok sağlık davranışı kuramında öz yeterlilik kavramına yer verilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli, Sağlık İnanç Modeli, Sağlık-Eylem Süreç Modeli ve Transteorik Değişim Modeli öz yeterlilik kavramına yer veren önemli sağlık davranış modellerindedir. Örneğin Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuram'ından esinlenilerek Pender'in (1982) oluşturduğu Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştiren unsurlar ve nedensel mekanizmalar üzerinde durmaktadır. Bu modelde öz etkililik, sağlığı geliştiren davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardan biri olarak görülmektedir. Öz yeterliliğe önem veren bir diğer kuram, 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiş Sağlık İnanç Modeli'dir. Bu model bazı insanların sağlığı koruyucu davranışları yerine getirirken diğerlerinin neden hastalıktan korunma ve tarama programlarına katılımlarının yetersiz olduğunu açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Schwarzer tarafından yine Bandura'nın Sosyal öğrenme kuramından esinlenerek geliştirilen ve bir sağlık davranışı değişim modeli olan Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı'nda da öz yeterlilik, davranışın başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir tetikleyici faktör olarak değerlendirilmiştir.

1.8.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Öz Yeterliliğin Önemi

Yüksek öz yeterlilik algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve düşük kan basıncı üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Craig ve ark., 2001). Martin ve arkadaşları (2008), öz yeterlilik algısının fiziksel aktivite üzerinde, Schwarzer ve Renner (2000) sağlıklı beslenme, düşük kan basıncı, genel yaşam tarzı değişiklikleri, sosyal destek edinme, riskli cinsel davranışlardan kaçınma üzerinde olumlu etkileri olduğundan söz etmişlerdir.

Öz yeterlilik kapsamında davranış üç tip beklenti tarafından belirlenir. Bunlar, durum-sonuç beklentileri, eylem-sonuç beklentileri ve etkililik beklentileridir. **Sonuç beklentisi**, kişinin yaptığı bir davranışın hangi sonuçları doğurabileceğine dair beklentileridir (Akbaş ve Çelikkaleli, 2006). **Durum-sonuç beklentileri**; bireylerin kendi eylemleri sonucunda ne olacağına dair inançlarıdır. **Etkililik beklentileri**; bireylerin arzuladıkları bir sonuca ulaşmak için gerekli olan eylemi gerçekleştirme konusundaki yeterlilikleri ile ilgili algılarıdır. Örneğin, bireyler sigara içme davranışı ile kanser arasında bir bağlantı kurabilirler (durum sonuç beklentisi), sigara içmeyi bırakırlarsa akciğer kanseri olma risklerinin azalacağına inanırlar (eylem sonuç beklentisi) ve sigarayı bırakmak için gerekli becerileri ve iradeyi hissederler (etkililik beklentisi), o zaman sigarayı bırakmak daha olasıdır (Lyons ve Chamberlain, 2006). Pozitif sonuç beklentileri bireyi davranış değişimi konusunda teşvik eder. Değiştirilen davranışın sürdürülmesinde ise algılanan öz yeterlilik devreye girer ve süreci kontrol eder (Bandura, 1977).

Yukarıda hipertansiyon ve araştırmanın değişkenleri olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışlar ile ilişkisi incelenecek olan aile işlevselliği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik hakkında tanımlayıcı bilgiler, yapılan araştırmalar ve var olan uygulamalar hakkında literatür bilgisi aktarılmıştır. Bir sonraki bölümde araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanması ile ilgili bilgiler sunulacaktır.

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI ve MODELİ

Bu araştırma, hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilik düzeyleri, sosyal destek algıları ve aile işlevselliği arasındaki ilişkinin inceleneceği tanımlayıcı (deskriptif) ve analitik bir çalışma olarak planlanmıştır.

2.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni Türkiye'deki 30-75 yaş aralığındaki hipertansiyon hastalarıdır. Araştırmanın örnekleme ise İstanbul'da yer alan iki özel ve bir devlet hastanesinin Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya tıbbi personel tarafından uygun bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü ve hipertansiyon tanısı almış 151 hastadır.

Araştırmaya katılan hipertansif hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 3.1'de verilmektedir. Katılımcıların %64,2'sini ($n = 97$) kadınlar, %35,8'ini ($n = 54$) erkekler oluşturmaktadır. Örneklem grubunun yaş ortalaması 55,9'dur ($SD = 9,4$). Hastaların %2'sini 30-39 yaş ($n = 3$), %25,8'ini ($n = 39$) 40-49 yaş, %35,1'ini ($n = 53$) 50-59 yaş, %29,8'ini ($n = 45$) 60-69 yaş, %7,3'ünü ($n = 11$) 70 ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %12,6'sı ($n = 19$) okuryazar olmayan, %7,3'ü ($n = 11$) okuryazar, %54,3'ü ($n = 82$) ilkökul, %7,3'ü ($n = 11$) ortaokul, %9,3'ü ($n = 14$) lise, %2'si ($n = 3$) yüksekokul, %6'sı ($n = 9$) lisans, %1,3'ü ($n = 2$) yüksek lisans ve üstü eğitim düzeyindedir. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında ise %80,1'inin ($n = 121$) evli, %2,6'sının ($n = 4$) bekar, % 1,3'ününün ($n = 2$) boşanmış ve geriye kalan % 15,9'unun ($n = 24$) eşi hayatta olmayan bireyler olduğu görülmektedir. Evli olan hastalar ortalama olarak 34,5 yıllık evli bireylerdir ($SD = 10,9$). Örneklem grubundaki hastaların %22,5'i ($n = 34$) çalışmakta, %0,7'si ($n = 1$) hastalığı nedeniyle çalışmamakta, %50,3'ü ($n = 76$) çalışmamakta ve %26,5'i ($n = 40$) emeklidir. Tüm hastaların sahip oldukları meslek dağılımlarına bakıldığında %13,2'sininin ($n = 20$)

memur, %13,9'u ($n = 21$) işçi, 11,3'ü ($n = 17$) serbest meslek, %2'si ($n = 3$) çiftçi, %3,3'ü ($n = 5$) yönetici, %56,3'ü ($n = 85$) ev hanımı olduğu görülmektedir. Araştırmaya dahil edilen hastaların gelir durumlarına bakıldığında hastaların %3,3'ünün ($n = 5$) 150-550 TL, %37,1'inin ($n = 56$) 551-1000 TL, %29,8'inin ($n = 45$) 1001-1500 TL, %21,9'unun ($n = 33$) 1501-3000 TL, %6'sının ($n = 9$) 3001-5000TL arasında %2'sinin ($n = 3$) 5001 ve üzerinde geliri olduğu görülmektedir. Hastaların %45,7'si ($n = 69$) gelirinin giderlerini karşıladığını, %29,8'i ($n = 45$) gelirinin giderlerini karşılamadığını, %24,5'i de ($n = 37$) gelirinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.1 Araştırmaya Katılan Hipertansif Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

| Değişken | n | % |
|-----------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 97 | 64,2 |
| Erkek | 54 | 35,8 |
| Yaş | | |
| 30-39 | 3 | 2 |
| 40-49 | 39 | 25,8 |
| 50-59 | 53 | 35,1 |
| 60-69 | 45 | 29,8 |
| 70veüzeri | 11 | 7,3 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazardeğil | 19 | 12,6 |
| Okuryazar | 11 | 7,3 |
| İlkokul | 82 | 54,3 |
| Ortaokul | 11 | 7,3 |
| Lise | 14 | 9,3 |
| Yüksekokul | 3 | 2 |
| Lisans | 9 | 6 |
| Yüksek lisans ve üstü | 0 | |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 121 | 80,1 |
| Bekar | 4 | 2,6 |
| Boşanmış | 2 | 1,3 |
| Eşini Kaybetmiş | 24 | 15,9 |
| Evlilik Süresi | | |
| 4-13 | 3 | 2 |
| 14-23 | 25 | 16,6 |
| 24-33 | 38 | 25,2 |
| 34-43 | 47 | 31,1 |
| 44-53 | 30 | 19,9 |
| 54 ve üzeri | 4 | 2,6 |

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyorum | 34 | 22,5 |
| Hast. Çalışmıyorum | 1 | 0,7 |
| Evhanımı | 76 | 50,3 |
| Emekli | 40 | 26,5 |
| Meslek | | |
| Memur | 20 | 13,2 |
| İşçi | 21 | 13,9 |
| Serbest Meslek | 17 | 11,3 |
| Çiftçi | 3 | 2 |
| Yönetici | 5 | 3,3 |
| Gelir-Gider Durumu | | |
| Gelirim Giderlerini Karşılıyor | 69 | 45,7 |
| Gelirim Giderlerimi Karşılamiyor | 45 | 29,8 |
| Gelirim Giderime Denk | 37 | 24,5 |

Katılımcılardan toplanan sağlık bilgileri doğrultusunda örneklemin özellikleri Tablo 3.2’de özetlenmiştir. Hastalardan toplanan sağlık bilgilerine bakıldığında araştırmanın örneklemini %62,9’u ($n = 95$) özel bir hastaneye, %37,1’i ($n = 56$) devlet hastanesine başvuran hipertansif hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %92,1’i ($n = 139$) ayakta, %7,9’u ($n = 12$) yatarak tedavi gören bireylerdir. Hastaların beden kitle indekslerine bakıldığında %7,3’ü ($n = 11$) normal kiloda, %45,7’si ($n = 69$) fazla kiloda, %47’si ($n = 71$) obezdir. Hastalara hipertansiyon tanısını ne kadar önce aldıkları sorulduğunda %12,6’sı ($n = 19$) 1 yıldan az, %35,1’i ($n = 53$) 1-5 yıl arası, %25,2’si ($n = 38$) 6-10 yıl, %27,2’si ($n = 41$) 10 yıldan fazla bir süre önce aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %63,6’sının ($n = 96$) hipertansiyon dışında ek bir kronik hastalığı daha vardır. Hipertansiyonun diğer aile bireyleri arasında da görülme sıklığını değerlendirmek amacıyla sorulan ‘birinci derece akrabalarınızda başka hipertansiyon tanısı almış bireyler var mı?’ sorusuna %57’si ($n = 86$) evet, %34,4’ü ($n = 52$) hayır, %8,6’sı ($n = 13$) bilmiyorum yanıtlarını vermişlerdir. Hastaların hipertansiyon tedavisi için önerilen ilaç tedavisine uyum düzeylerine bakıldığında %90,1’i ($n = 136$) ilaçlarını düzenli olarak alırken, %9,9’u ($n = 15$) ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaktadır. Hastaların ilaç tedavisi süreleri sorulduğunda %13,9’u ($n = 21$) 1 yıldan az, %39,1’i ($n = 59$) 1-5 yıl arası, %23,8’i ($n = 36$) 6-10 yıl arası, %22,5’i ($n = 34$) 10 yıldan fazladır hipertansiyon tedavisi için ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %21,9’u ($n = 23$) günde 1-2 defa, %45’i ($n = 68$) haftada 1-2 defa, %24,5’i ($n = 37$) ayda 1-2 defa, %5,3’ü ($n = 8$) yılda 1-2 defa kan basıncını ölçtürürken geriye kalan %3,3’ü ($n = 5$) kan basıncını hiç ölçtürmemektedir. Hastaların %65,6’sı ($n = 99$) tuz diyeti yaparken, %34,4’ü ($n = 52$)

tuz diyeti yapmamaktadır. Hastaların %16,6'sı ($n = 25$) sigara kullandığını, %25,8'i ($n = 39$) sigarayı bıraktığını, %57,6'sı ($n = 87$) ise hiç sigara kullanmadığını belirtmiştir. Örnekleme dahil edilen hastalar arasında alkol kullananların oranı %8,6'dır ($n = 13$). Alkol kullanan kişilerin %4,6'sı ($n = 7$) doktorunun belirlediği alkol miktarını geçmezken, %4'ü ($n = 6$) bu miktarı aşmaktadır.

Tablo 3.2 Araştırmaya Katılan Hipertansif Hastaların Sağlık Bilgileri ile İlgili Bulgular

| Değişken | n | % |
|---------------------|-----|------|
| Hastane Türü | | |
| Devlet Hastanesi | 56 | 37,1 |
| Özel Hastane | 95 | 62,9 |
| Tedavi Tipi | | |
| Ayaktan | 139 | 92,1 |
| Yatarak | 12 | 7,9 |
| Beden Kitle İndeksi | | |
| 18,50-24,99 | 11 | 7,3 |
| 25,00-29,99 | 69 | 45,7 |
| 30 Ve Üzeri | 71 | 47 |
| Tanı Yılı | | |
| 1yıldanaz | 19 | 12,6 |
| 1-5yıl | 53 | 35,1 |
| 6-10yıl | 38 | 25,2 |
| 10yıldanfazla | 41 | 27,2 |

2.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, hastanelerin kardiyoloji polikliniklerine başvuran hipertansiyon tanısı almış bireyler hakkında aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır.

2.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu (bknz EK-E) ile katılımcılar hakkında kişisel, sosyoekonomik ve hipertansiyonun kontrolüne yönelik davranışlar hakkında bilgiler elde edilmiştir. Bu formda sayılan özellikleri ölçmek amacıyla 20 soru bulunmaktadır. Bu sorularla hastaların cinsiyet, yaş, beden kitle indekslerini hesaplamak için boy uzunluğu ve kilo, medeni durum, eğitimi durumu, meslek, birlikte yaşanan kişiler, gelir durumu, sigorta, hipertansiyon tanısının ne zaman alındığı, ek hastalığın varlığı, genetik geçiş, antihipertansif ilaçların kullanım süresi ve düzeni, kan basıncı ölçüm sıklığı, tuz diyeti, sigara ve alkol kullanımları ile ilgili bilgileri elde edilmiştir.

2.3.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Araştırmaya katılan hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' kullanılmıştır. Ölçeğin birinci versiyonu Walker ve arkadaşları (1987) tarafından Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayanarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 48 madde ve 6 alt ölçekten oluşmuştur. Alt faktör ve iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı .70 ile .90 arasındadır. Ölçeğin genel alpha katsayısı ise .92 dir.

Ölçek 1996 yılında yine Walker ve arkadaşları tarafından revize edilmiş ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' olarak adlandırılmıştır. Revize edilen ölçek 52 madde ve altı alt faktörden oluşmaktadır. Alt faktörler: manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach alpha değeri, toplam ölçek için. 94 olup, altı alt faktörler için. 79-.87 arasında değişim göstermektedir.

Ölçeğin ilk versiyonunun Türkçe çeviri ve norm çalışması, Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Esin (1997), 48 maddelik ilk versiyonun çalışmasını yapmış ve tüm ölçek için iç tutarlılık alpha katsayısını. 91, alt faktörlerin alpha değerlerini ise. 55-.84 olarak bulmuştur.

Akça (1998) ise 52 maddeden oluşan ikinci versiyon üzerinde çalışmış ve tüm maddeler için iç tutarlılık alpha katsayısını. 90, alt faktörlerin alpha değerlerini ise. 52-.81 olarak bulmuştur.

Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Türkçe formunun çeviri ve norm çalışmasından çıkan sonuçlara göre ise tüm ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı .94 olup alt boyutların güvenilirlik katsayıları ise .64 ve .80 arasında bulunmuştur.

Bu araştırmada geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal (2008) tarafından yapılan ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ kullanılmıştır. Bahar ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin tercih edilmesinin sebebi bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik düzeyinin diğer iki Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından daha yüksek olmasıdır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bu altı faktör manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçek 1-4 arası puanlanan Likert tipi ölçektir. ‘1’ ‘hiçbir zaman’, ‘2’ ‘bazen’, ‘3’ ‘sık sık’, ‘4’ ‘düzenli olarak’ ifadelerini temsil etmektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Her bir alt ölçeğin puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünden alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin tamamı veya alt ölçeklerinden alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır.

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi iyilik halinden kendini ne kadar sorumlu hissettiğidir. Bireyin kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgi toplaması ve gerektiğinde bir uzman yardımı alması onun sorumluluk alma düzeyini gösterir (Bahar ve ark., 2008). **Fiziksel aktivite;** sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitenin birey tarafından ne düzeyde gerçekleştirildiğini ifade eder (Yalçınkaya, Özer ve Karamanoğlu, 2007). **Beslenme;** bireyin öğünlerini düzenlemesi, öğünler için yiyecek seçimlerinde bulunması gibi değişiklikleri kapsar (Yalçınkaya ve ark., 2007). **Manevi gelişim;** bireyin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanır (Bahar ve ark., 2008). **Kişilerarası ilişkiler;** nedensel gereklilikler dışında başkalarıyla kurulan anlamlı ilişkilerdir (Bahar ve ark., 2008). **Stres yönetimi;** stres yaratan durumların ortaya çıkarılması, bunların kontrol edilebilmesi için fiziksel, psikolojik kaynaklarının belirlenip harekete geçirilebilmesidir (Bahar ve ark., 2008).

Bu araştırmanın örnekleminde, alt ölçeklerin iç tutarlılıkları şu şekilde bulunmuştur. Manevi gelişim alt ölçeği için .80, sağlık sorumluluğu alt ölçeği için .75, fiziksel aktivite alt ölçeği için .79, beslenme alt ölçeği için .54, kişilerarası ilişkiler alt ölçeği için .78 ve stres yönetimi alt ölçeği için .64'tür. Tüm ölçeğin iç tutarlılığı ise .89 olarak bulunmuştur.

2.3.3 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Bu ölçek araştırmaya katılan hipertansiyon tanısı almış hastaların aile işlevselliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Aile Değerlendirme Ölçeği, McMaster Aile İşlevleri Modeli temel alınarak Epstein, Baldwin ve Bishop (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 60 madde ve 7 alt testten oluşmaktadır. Ölçeğin alt testleri aile içindeki; problem, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlarını ölçmektedir. Ölçek 12 yaş üzerindeki tüm aile bireylerine bireysel ve grup olarak uygulanabilir. Alt testlerin 6 tanesi modelde ele alınan alt ölçeklerdir ve aile işlevlerindeki sorun alanlarını tek tek ele alır. Yedinci test Epstein ve Bishop tarafından ailenin sağlıklı olup olmadığının genel bir değerlendirmesini yapmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri aile yaşamına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadeleri içermektedir. Her madde için dört cevap seçeneği bulunmaktadır. 'aynen katılıyorum' yanıtına '1' puan, 'büyük ölçüde katılıyorum' yanıtına '2' puan, 'biraz katılıyorum' yanıtına '3' puan, 'hiç katılmıyorum' yanıtına '4' puan verilir. Katılımcıların aile işlevselliği puanları her alt ölçekten alınan puanların ortalaması alınarak bulunur. Ölçeğin 35 tane tersine çevrilmiş maddesi vardır. Alınan puanların 2.00 nin üzerinde olması aile işlevlerinin sağlıksızlığına işaret eder.

Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği tüm alt testler için .66 ve .76 arasında değişmektedir. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları ise .72 ile .92 arasında değişmektedir. Yapı geçerliliğini sınamak amacıyla ölçek normal aileler ve psikiyatrik hastası olan ailelere uygulanmış; normal ailelerin alt test puan ortalamaları hasta ailelerin aldıkları puan ortalamalarından daha düşük ($p < .001$) düzeyde bulunmuştur. Ölçüt-bağımlı geçerliliği sınamak amacıyla Locke Wallace Evlilik Doyum Skalası ile ilişkisine bakılmış ve iki ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun çeviri ve norm çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği tüm alt testler için .62 ile .90 arasındadır. İç tutarlılık Cronbach alpha katsayıları ise yine tüm alt testler için .38 ile

.90 arasındadır. Yapı geçerliliğini sınamak için ölçek boşanma sürecinde olan kadınlara ve normal evliliklerini sürdüren eşlerden birine uygulanmış ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ölçüt bağımlı geçerliliği sınamak amacıyla Evlilik Yaşam Ölçeği ile ilişkisine bakılmış iki ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu araştırmanın örnekleminde, alt ölçeklerin iç tutarlılıkları şu şekilde bulunmuştur. Problem çözme alt ölçeği için .66, iletişim alt ölçeği için .80, roller alt ölçeği için .58, duygusal tepki verebilme alt ölçeği için .77, gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği için .55, davranış kontrolü alt ölçeği için .52 ve genel işlevler alt ölçeği için .85'tir.

Problem çözme boyutu, ailenin işlevselliğini sürdürebilecek düzeyde problemleri çözebilme becerisini tanımlar (Miller ve ark., 2000). **İletişim** ile anlatılmak istenen, ailenin ne miktarda ve nasıl bilgi ve duygu alışverişinde bulunduğu (Goldenberg ve Goldenberg, 2000). **Roller**, aile içinde tekrar eden ve ailenin maddi-manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Bu davranış kalıpları aile üyeleri tarafından yerine getirilen aile yükümlülükleri olarak da kabul edilir. **Duygusal tepki verebilme**, ailenin, duygusal bir yaşantıya uygun miktarda ve şekilde duygusal tepki verebilme becerisidir (Miller ve ark., 2000). **Gereken ilgiyi gösterebilme** alt boyutu, aile üyelerinin birbirlerine karşı gösterdikleri ilgi ve yaptıkları yatırımın derecesini tanımlamaktadır (Miller ve ark., 2000). **Davranış kontrolü** ailenin, aile bireylerinin davranışları ile ilgili kontrol ve gözetimini ifade etmektedir (Eşkisü, 2009). **Genel İşlevler**, yukarıda açıklanan 6 boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

2.3.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçeğin orijinal formu Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun çeviri ve norm çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçek aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak ölçmektedir. Ölçek 1-7 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her bir madde için 7 cevap seçeneği bulunmaktadır. '1' 'kesinlikle evet', '7' 'kesinlikle hayır' cevabını temsil etmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4 en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tüm maddelerinden elde edilebilecek en düşük puan 12 en yüksek puan 84'tür. Ölçeğin toplam puanları alt boyut puanları toplanarak elde edilir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek oğluna işaret eder.

Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı tüm ölçek için .89, aile boyutu için .85, arkadaş boyutu için .88, özel bir insan boyutu için .92 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmanın örnekleminde, alt ölçeklerin iç tutarlılıkları şu şekilde bulunmuştur. Aile boyutu için .87, arkadaş boyutu için .93, özel kişi boyutu için .95'dir. Tüm ölçeğin iç tutarlılığı ise .91'dir.

Aile boyutu, bireyin ailesinden ne kadar destek aldığı ile ilgili kendi algısını yansıtır. Aile ile ebeveynler, eş, çocuklar ve kardeşler kastedilmektedir. **Arkadaş boyutu**, bireyin arkadaş olarak nitelendirdiği kişilerden aldığı sosyal desteği ifade eder. **Özel bir insan boyutu** ise aile ve arkadaşlar dışında, örneğin doktor, hemşire, flört, nişanlı, akraba, komşu gibi kişiler tarafından sağlanan sosyal destektir. Arkadaş ve özel birinden alınan sosyal desteğin miktarı da tıpkı aile boyutu gibi bireyin algısını yansıtır.

2.3.5 Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)

Sherer ve ark. (1982) tarafından geliştirilen ölçek 23 maddeden oluşan 1-5 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin ölçtüğü nitelikler; davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadeledir. Ölçekteki sorular herhangi bir davranışın baskınlığını hesaba katmadan öz etkililik-yeterlilik algısını ölçmektedir. Ölçek ergen ve yetişkinlere bireysel veya grup olarak uygulanabilir. Her bir madde için 5 cevap seçeneği bulunmaktadır. '1' 'beni hiç tanımlamıyor', '2' 'beni biraz tanımlıyor', '3' 'kararsızım', '4' 'beni iyi tanımlıyor', '5' 'beni çok iyi tanımlıyor' ifadelerini temsil etmektedir. Katılımcıların, ölçekten aldıkları puanlarının yükselmesi öz etkililik-yeterlilik algılarının da yükselmesi anlamına gelmektedir. Ölçeğin 14 maddesi ters hesaplanmaktadır. Ölçeğin ters maddeleri; 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22'dir.

Ölçeğin Türkçe çevirisi ve norm çalışması Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından yapılmıştır. Gözüm ve Aksayan tarafından çevirisi yapılan Türkçe formun test tekrar test güvenilirlik katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tüm maddelerinin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı ise .81 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmanın örnekleminde, alt ölçeklerin iç tutarlılıkları şu şekilde bulunmuştur. Davranışa başlama alt ölçeği için .61, davranışı sürdürme alt ölçeği için .67, davranışı tamamlama alt ölçeği için .76, engellerle mücadele alt ölçeği için .29'dur. Tüm ölçeğin iç tutarlılığı ise .82'dir.

Ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılıkları düşük olduğu için bu araştırmada analize alt ölçek puanları dahil edilmemiş, yalnızca tüm ölçek puanı kullanılmıştır.

2.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Veri toplama araçlarının belirtilen kurumlarda uygulanabilmesi için ilgili yerlerden onay ve izin alınmıştır. Veriler İstanbul'un farklı sosyoekonomik düzeydeki semtlerinde olan iki özel hastane ve bir devlet hastanesinden toplanmıştır. Devlet hastanesinden veri toplama işlemi için öncelikle İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Özel hastanelerden veri toplama işlemi için bu hastanelerin Başhekimliklerinden izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Yazılı onamda araştırmanın amacı, uygulama süresi, tehlike ve rahatsızlıklar, araştırmadan beklenen yararlar, gizlilik ilkesi, araştırmaya katılımın gönüllük esasına dayandığı, soru ve daha fazla bilgi almak isteyenler için araştırmacıya ait iletişim bilgileri bulunmaktadır. Okuma yazma bilen hastalar, onam formlarını kendileri okuyup doldururken, okuma yazma bilmeyen hastalara yakınları yardımcı olmuştur. Toplam 151 hasta yazılı onam formunu onaylayarak ölçekleri doldurmayı kabul etmiştir. Bununla birlikte yaklaşık 70 hasta da yazılı onam vermek istemediği için araştırmaya katılmamıştır. Araştırma verileri hastanelerin bekleme bölümlerinde, diğer hastaların soru ve cevapları duyamayacağı uzaklıkta bir mesafede araştırmacı tarafından bire bir görüşme ile toplanmıştır. Okuma yazma bilen hastalar ölçek formları kendileri doldururken okuma yazma bilmeyen hastalara sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Katılımcıların tüm formları cevaplama süresi ortalama 35 dakika sürmüştür.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Veri analizlerine başlanmadan önce veriler kodlama hataları ve kayıp değerler açısından incelenmiştir. Ölçeklerde hiçbir kayıp değere rastlanmamıştır. Aile işlevselliği (ADÖ), çok boyutlu algılanan sosyal destek (ÇBASD) ve öz yeterlilik algısı (ÖY) değişkenleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) arasındaki ilişkilerin incelenmesinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Öncelikle yordayıcı değişkenlerle sonuç değişkenleri arasındaki ilişkinin doğrusal olup olmadığına ve puanların normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. ÇBASD'nin toplam ölçek puanı ile alt ölçek puanları; ADÖ'nün 'problem çözme', 'gereken ilgiyi gösterme' ve 'genel işlevler' alt boyutları ve SYBD'nin 'fiziksel aktivite' alt boyutunun normal dağılım göstermediği görülmüştür. Transform edildiklerinde dahil normal dağılım göstermeyen alt ölçekler regresyon analizine dahil edilmemiş, yalnızca diğer değişkenler ile korelasyonları verilmiştir.

3.1 BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Öncelikle katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Öz Yeterlilik Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımlarına bakılmıştır. Elde edilen bulgular tablo 3.3'te gösterilmiştir.

Tablo 3.3 Araştırmanın Değişkenleri İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

| Değişken | N | En Az Puan | En Yüksek Puan | Ortalama | Standart Sapma |
|-----------------------------|-----|------------|----------------|----------|----------------|
| Manevi gelişim | 151 | 15 | 36 | 28,42 | 4,90 |
| Sağlık sorumluluğu | 151 | 10 | 34 | 23,44 | 4,96 |
| Fiziksel aktivite | 151 | 8 | 31 | 13,91 | 4,66 |
| Beslenme | 151 | 11 | 34 | 21,44 | 4,13 |
| İlişkiler | 151 | 13 | 36 | 27,86 | 4,65 |
| Stres yönetimi | 151 | 9 | 30 | 20 | 4,42 |
| SYBD | 151 | 84 | 176 | 135,07 | 19,04 |
| Problem çözme | 151 | 1 | 3,67 | 1,59 | 0,50 |
| İletişim | 151 | 1 | 3,33 | 1,65 | 0,56 |
| Roller | 151 | 1 | 3,18 | 1,85 | 0,46 |
| Duygusal tepki verebilme | 151 | 1 | 3,33 | 1,78 | 0,69 |
| Gereken ilgiyi gösterebilme | 151 | 1 | 3,86 | 2,04 | 0,45 |
| Davranış kontrolü | 151 | 1 | 3,11 | 1,73 | 0,44 |
| Genel işlevler | 151 | 1 | 3,33 | 1,50 | 0,50 |
| Aile desteği | 151 | 7 | 28 | 26 | 3,55 |
| Arkadaş desteği | 151 | 4 | 28 | 21,05 | 7,94 |
| Özel destek | 151 | 4 | 28 | 21,32 | 8,34 |
| ÇBASD | 151 | 17 | 84 | 68,38 | 16,20 |
| ÖEÖ | 151 | 57 | 115 | 90,83 | 12,19 |

3.2 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER İLE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenler ile SYBD Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları, ADÖ'nün alt boyutları, ÇBASD Ölçeği'nin alt boyutları ve tüm ölçek ile ÖY Ölçeği'nden alınan toplam puan arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Korelasyon tekniği kullanılarak hesaplanmıştır. Analiz sonucu elde edilen bulgular Tablo 3.4'te

verilmiştir. Öncelikle yaş değişkeni ile SYBD Ölçeği'nin alt boyutları olan ilişkiler ($r = .16, p < .05$), stres yönetimi ($r = .33, p < .01$) ve ÇBASD Ölçeği'nin alt boyutu olan aile desteği ($r = .22, p < .01$) arasında pozitif, ADÖ'nün alt boyutları olan problem çözme ($r = -.27, p < .01$), roller ($r = -.17, p < .05$) ve davranış kontrolü ($r = -.20, p < .05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da çalışmadaki hipertansiyon hastalarının yaşları arttıkça, başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurduklarını ve stres yönetiminde problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebildiklerini daha çok belirttikleri anlamına gelmektedir. Ayrıca katılımcılar, yaşları ilerledikçe aile içinde problem çözmede, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada ve aile içi davranış kontrolü ve gözetimde daha az sıkıntı belirtmişlerdir.

Evlilik süresi ile SYBD Ölçeği'nin alt boyutu olan stres yönetimi ($r = .29, p < .01$), ÇBASD Ölçeği'nin alt boyutları olan aile boyutu ($r = .19, p < .05$), özel bir insan boyutu ($r = .20, p < .05$) ve ÇBASD Ölçeği'nden alınan toplam puan ($r = .21, p < .01$) arasında pozitif; ADÖ'nün alt boyutu olan problem çözme ($r = -.23, p < .01$) arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar evlilik süresi arttıkça hastaların stres yönetimi kapsamında problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebilmeyi daha fazla belirttiklerini, aile ve özel bir insandan algıladıkları sosyal desteği daha fazla belirttiklerini ve aile içinde problem çözme ile ilgili daha az sıkıntı belirttiklerini göstermektedir.

Eğitim düzeyi ile SYBD Ölçeği'nin alt boyutu olan stres yönetimi arasında ($r = -.16, p < .05$), gelir durumu ile de ADÖ'nün alt boyutu olan gereken ilgiyi gösterebilme arasında ($r = -.20, p < .05$) bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular eğitim düzeyi arttıkça hastaların stres yönetimi kapsamında problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebilmeyi daha az belirttiklerini; gelir durumları arttıkça aile bireylerinin birbirlerine gösterdikleri ilgi ile ilgili sıkıntıları daha az belirttiklerini göstermektedir.

Diğer sosyodemografik değişkenler ile araştırmanın diğer değişkenleri arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 3.4 Sosyodemografik Özellikler ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları

| | Yaş | Evlilik süresi | Eğitim Durumu | Gelir Durumu |
|-----------------------------|--------|----------------|---------------|--------------|
| Manevi gelişim | .04 | -.01 | .11 | .12 |
| Sağlık Sorumluluğu | .10 | .15 | -.07 | -.05 |
| Fiziksel aktivite | -.06 | -.04 | .15 | .07 |
| Beslenme | .02 | -.05 | -.07 | -.01 |
| İlişkiler | .16* | .14 | -.10 | -.14 |
| Stres yönetimi | .33** | .29** | -.16* | -.08 |
| SYBD | .14 | .12 | -.03 | -.02 |
| Problem çözme | -.27** | -.23** | .11 | .10 |
| İletişim | -.11 | -.11 | .00 | -.01 |
| Roller | -.17* | -.12 | .01 | -.08 |
| Duygusal tepki verebilme | -.09 | -.04 | -.06 | -.09 |
| Gereken ilgiyi gösterebilme | -.03 | -.04 | -.06 | -.20* |
| Davranış kontrolü | -.20* | -.11 | -.09 | -.07 |
| Genel işlevler | -.14 | -.12 | -.06 | -.08 |
| Aile boyutu | .22** | .19* | .03 | .00 |
| Arkadaş boyutu | .07 | .14 | .08 | .11 |
| Özel bir insan boyutu | .06 | .20* | -.04 | -.06 |
| ÇBASD | .11 | .21** | .03 | .02 |
| ÖY | .05 | .03 | .12 | .01 |

3.3 SAĞLIK BİLGİLERİ İLE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 3.5'te hipertansif hastaların sağlık bilgileri ile SYBD Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları, ADÖ'nün alt boyutları, ÇBASD Ölçeği ve alt boyutları ve ÖY Ölçeği'nden alınan toplam puan arasındaki ilişkiler verilmiştir. Aralarındaki bu ilişkiler Pearson Korelasyon tekniği kullanılarak hesaplanmıştır.

Öncelikle beden kitle indeksinin araştırma değişkenlerinden herhangi biri ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Hipertansiyon tanısının alınmasından bu yana geçen süre ile ADÖ'nün alt boyutlarından problem çözme ($r = -.28, p < .01$), iletişim ($r = -.24, p < .01$), roller ($r = -.20, p < .05$), duygusal tepki verebilme ($r = -.18, p < .05$), davranış kontrolü ($r = -.20, p < .05$) ve genel işlevler ($r = -.22, p < .01$) arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Yine hipertansiyon tanısının alınmasından bu yana geçen süre ile ÇBASD Ölçeği'nin tümünden ($r = .24, p < .01$) ve alt boyutları olan aile ($r = .20, p < .01$)

05) ve özel bir insan boyutlarından alınan puanlar ($r = .29, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nden alınan toplam puan ($r = .18, p < .05$) arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu da hipertansiyon tanısının alınmasından bu yana geçen süre arttıkça; hastaların aile içinde problem çözmede, aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı belirttiklerini; aile ve özel bir insandan alınan sosyal desteği daha fazla belirttiklerini ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançları olduğunu daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

İlaç kullanım süresinin, SYBD Ölçeği'nin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ($r = .20, p < .05$) ve stres yönetimi ($r = .23, p < .01$) ve ayrıca ÇBASD Ölçeği'nin tümünden ($r = .26, p < .01$) ve alt boyutları olan aile ($r = .20, p < .05$) ve özel bir insan alt boyutlarından alınan puanlar ile pozitif ($r = .27, p < .01$); ADÖ'nin alt boyutları olan problem çözme ($r = -.27, p < .01$), iletişim ($r = -.20, p < .05$), roller ($r = -.23, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.20, p < .05$), davranış kontrolü ($r = -.19, p < .05$) ve genel işlevler ($r = -.22, p < .01$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani ilaç kullanma süresi arttıkça çalışmaya katılan hastalar, kendi iyilik hallerinden sorumlu hissettiklerini (sağlık sorumluluğu), stres yönetiminde problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebildiklerini ve özellikle aileden ve özel bir insandan destek aldıklarını daha çok belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar sağlık sorumluluğu arttıkça; aile içinde problem çözmede, aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı belirtmişlerdir.

Son olarak kan basıncının ölçülme sıklığı ile SYBD Ölçeği'nin tümünden ($r = .23, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan manevi gelişim ($r = .21, p < .01$), sağlık sorumluluğu ($r = .25, p < .01$), ilişkiler alt boyutlarından alınan puanlar ($r = .21, p < .01$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca kan basıncının ölçülme sıklığı ile ÇBASD Ölçeği'nin tümünden ($r = .23, p < .01$) ve ölçeğin alt boyutları olan aile ($r = .24, p < .01$), arkadaş ($r = .18, p < .05$) ve özel bir insan boyutlarından alınan puanlar ($r = .18, p < .05$) arasında da anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Yani kan basıncı ölçüm sıklığı arttıkça; hastalar iç kaynaklarının gelişimine yönelik çabalardan (manevi gelişim), sağlık sorumluluğundan, genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından,

başkalarıyla anlamlı ilişkileri olduğundan ve çevrelerinden genel olarak sosyal destek aldıklarından daha fazla bahsetmektedirler.

Tablo 3.5 Sağlık Bilgileri İle Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları

| | Beden Kitle İndeksi | Tanı Yılı | İlaç Kullanma Süresi | KB Ölçüm Sıklığı |
|-----------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|---------------------|
| Manevi gelişim | .01 | .08 | .08 | -.21** |
| Sağlık sorumluluğu | .09 | .15 | .20* | -.25** |
| Fiziksel aktivite | -.11 | -.12 | -.08 | -.12 |
| Beslenme | -.12 | -.08 | -.03 | .03 |
| İlişkiler | .06 | .16 | .16 | -.21** |
| Stres yönetimi | -.02 | .15 | .23** | -.15 |
| SYBD | -.02 | .09 | .14 | -.23** |
| Problem çözme | -.10 | -.28** | -.27** | .13 |
| İletişim | -.09 | -.24** | -.20* | .08 |
| Roller | -.08 | -.20* | -.23** | .14 |
| Duygusal tepki verebilme | -.08 | -.18* | -.20* | .09 |
| Gereken ilgiyi gösterebilme | -.04 | -.06 | -.10 | .15 |
| Davranış kontrolü | -.08 | -.20* | -.19* | .13 |
| Genel işlevler | -.06 | -.22** | -.22** | .13 |
| Aile boyutu | .16 | .20* | .20* | -.24** |
| Arkadaş boyutu | -.01 | .11 | .15 | -.18* |
| Özel bir insan boyutu | .13 | .29** | .27** | -.18* |
| ÇBASD | .09 | .24** | .26** | -.23** |
| ÖY | .02 | .18* | .10 | -.13 |

3.4 ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNİN BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİ

Tablo 3.6’da araştırma değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkileri verilmiştir. Bu ilişkiler Pearson Korelasyon tekniği kullanılarak hesaplanmıştır.

SYBD Ölçeği’nin bir alt boyutu olan manevi gelişim ile SYBD Ölçeği’nin tümü ($r = .78, p < .01$) ve ölçeğin diğer alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ($r = .52, p < .01$), fiziksel aktivite ($r = .23, p < .01$), ilişkiler ($r = .71, p < .01$), stres yönetimi ($r = .53, p < .01$) ve ÇBASD Ölçeği’nin tümü ($r = .39, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan aile boyutu ($r = .32, p < .01$), arkadaş boyutu ($r = .33, p < .01$), özel bir insan boyutu ($r = .30, p < .01$), arasında pozitif yönde; ADÖ’nün alt boyutları olan problem çözme ($r = -.43, p < .01$), iletişim ($r = -.38, p < .01$), roller ($r = -.29, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.35, p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = -.22, p < .01$), davranış kontrolü ($r = -.44, p < .01$), genel işlevler ($r = -.42, p < .01$) ile negatif yönde ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu da araştırmaya katılan hastaların manevi gelişime yönelik çabaları arttıkça genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla belirttiklerini ve ayrıca sağlık sorumluluğunu, fiziksel aktiviteyi günlük yaşamın bir parçası haline getirmiş olmayı, başkalarıyla anlamlı ilişkileri, bir problem durumunda problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebilmeyi, çevrelerinden yeterli düzeyde sosyal destek algıladıklarını daha çok belirttiklerini göstermektedir. Ayrıca manevi gelişim arttıkça aile içinde problem çözmede, bilgi ve duygu alışverişinde bulunmada, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede, aile bireylerinin birbirlerine ilgi gösterebilmesinde, aile içi davranış kontrolünde ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı belirttiklerini göstermektedir.

SYBD Ölçeği’nin bir alt boyutu olan sağlık sorumluluğu ile SYBD Ölçeği’nin tümü, ($r = .76, p < .01$), ve bu ölçeğin alt boyutları olan fiziksel aktivite ($r = .22, p < .01$), beslenme ($r = .22, p < .01$), ilişkiler ($r = .59, p < .01$), stres yönetimi ($r = .53, p < .01$), ÇBASD Ölçeği’nin tümü ($r = .25, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan arkadaş ($r = .18, p < .05$), özel bir insan boyutları ($r = .26, p < .01$) ve ÖY Ölçeği’nin tümü ($r = .37, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca sağlık sorumluluğu alt boyutu ile ADÖ’nün alt boyutları olan problem çözme ($r = -.31, p < .01$), iletişim ($r = -.29, p < .01$), roller ($r = -.22, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.24, p < .01$), davranış kontrolü ($r = -.28, p < .01$) ve genel işlevler ($r = -.32, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu arttıkça, hastalar sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarını yerine getirdiklerini de daha fazla belirtmişlerdir; fiziksel aktiviteyi günlük yaşamın bir parçası haline getirmiş olmayı, sağlığı olumlu etkileyecek yiyecekleri tercih ettiklerini, başkalarıyla anlamlı ilişkileri, stres yönetiminde problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebildiklerini, özellikle arkadaş ve özel bir insandan destek hissettiklerini, belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir. Yine sağlık sorumluluğu arttıkça hastalar, aile içinde problem çözmede, bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı belirtmişlerdir.

SYBD Ölçeği'nin bir alt boyutu olan fiziksel aktivite ile SYBD Ölçeği'nin tümü ($r = .54, p < .01$) ve yine bu ölçeğin alt boyutu olan beslenme ($r = .34, p < .01$), ilişkiler ($r = .18, p < .05$), stres yönetimi ($r = .29, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Bu da yapılan fiziksel aktivite miktarı arttıkça araştırmaya katılan hastaların başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurduklarını, stres yönetiminde problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebildiklerini ve genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirdiklerini daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

SYBD Ölçeği'nin bir alt boyutu olan beslenme ile SYBD Ölçeği'nin tümü ($r = .48, p < .01$) ve yine bu ölçeğin alt boyutu olan stres yönetimi ($r = .23, p < .01$) arasında pozitif yönde, ADÖ'nün alt boyutları olan iletişim ($r = -.20, p < .05$), roller ($r = -.29, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.18, p < .05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar sağlıklı beslenmeyi yaşamlarının bir parçası haline getiren hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirdiklerini, stres yönetiminde problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebildiklerini daha çok belirttiklerini; aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede daha az sıkıntı belirttiklerini göstermektedir.

SYBD Ölçeği'nin bir alt boyutu ilişkiler ile SYBD Ölçeği'nin tümü ve bu ölçeğin bir diğer alt boyutu olan ($r = .77, p < .01$) stres yönetimi ($r = .51, p < .01$) ve ÇBASD Ölçeği'nin tümü ve bu ölçeğin alt boyutları olan ($r = .45, p < .01$) aile ($r = .33, p < .01$), arkadaş ($r = .41, p < .01$) ve özel bir insan boyutu ($r = .35, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = .54, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler vardır. Ayrıca SYBD Ölçeği'nin bir alt boyutu ilişkiler ile ADÖ'nün alt boyutları olan problem çözme ($r = -$

.43, $p < .01$), iletişim ($r = -.42$, $p < .01$), roller ($r = -.28$, $p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.41$, $p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = -.18$, $p < .05$), davranış kontrolü ($r = -.41$, $p < .01$) ve genel işlevler ($r = -.42$, $p < .01$) arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Bu bulgular başkalarıyla kurulan anlamlı ilişkiler arttıkça araştırmaya katılan hastalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirdiklerini, stres yönetiminde problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebildiklerini, genel olarak çevrelerinden destek hissettiklerini, belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir. Ayrıca başkalarıyla kurulan anlamlı ilişkiler arttıkça hastalar aile içinde problem çözmede, bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede, aile bireylerinin birbirlerine gösterdikleri ilgide, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

SYBD Ölçeği'nin bir alt boyutu olan stres yönetimi ile SYBD Ölçeği'nin tümü ($r = .75$, $p < .01$), ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = .23$, $p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan aile boyutu ($r = .26$, $p < .01$) ve arkadaş boyutu ($r = .20$, $p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = .24$, $p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca ADÖ'nün alt boyutları olan problem çözme ($r = -.45$, $p < .01$), iletişim ($r = -.33$, $p < .01$), roller ($r = -.35$, $p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.22$, $p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = -.18$, $p < .05$), davranış kontrolü ($r = -.34$, $p < .01$) ve genel işlevler ($r = -.39$, $p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Bu sonuçlar stres yönetimi arttıkça araştırmaya katılan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirdiklerini, özellikle aile ve arkadaşlardan destek hissettiklerini, belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha çok belirttiklerini göstermektedir. Ayrıca stres yönetimi arttıkça hastaların aile içinde problem çözmede, aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede, aile bireylerinin birbirlerine gösterdikleri ilgide, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı yaşadıklarını belirttiklerini göstermektedir.

Tablo 3.6 Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları

| | Manevi Gelişim (1) | Sağlık sorumluluğu (2) | Fiziksel aktivite (3) | Beslenme (4) | İlişkiler (5) | Stres yönetimi (6) | SYBD (7) | Problem çözme (8) | İletişim (9) | Roller (10) | Duyusal tepki verebilme (11) | Gereken ilgiyi gösterebilme (12) | Davranış kontrolü (13) | Genel işlevler (14) | Aile boyutu(15) | Arkadaş boyutu (16) | Özel bir insan boyutu (17) | ÇBAS D (18) |
|----|--------------------|------------------------|-----------------------|--------------|---------------|--------------------|----------|-------------------|--------------|-------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------|---------------------|-----------------|---------------------|----------------------------|-------------|
| 2 | .52** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | .23** | .22** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | .15 | .22** | .34** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | .71** | .59** | .17* | .13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | .53** | .53** | .29** | .23** | .51** | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | .78** | .76** | .54** | .48** | .77** | .75** | | | | | | | | | | | | |
| 8 | -.43** | -.31** | 0 | -.09 | -.43** | -.45** | -.42** | | | | | | | | | | | |
| 9 | -.37** | -.29** | .02 | -.20* | -.42** | -.33** | -.39** | .63** | | | | | | | | | | |
| 10 | -.29** | -.22** | -.06 | -.29** | -.28** | -.35** | -.36** | .46** | .58** | | | | | | | | | |
| 11 | -.34** | -.24** | .06 | -.18* | -.41** | -.21** | -.33** | .45** | .69** | .55** | | | | | | | | |
| 12 | -.22** | -.09 | .01 | -.12 | -.18** | -.18* | -.19* | .26** | .35** | .47** | .46** | | | | | | | |
| 13 | -.44** | -.28** | .04 | .02 | -.41** | -.34** | -.35** | .49** | .40** | .38** | .38** | .42** | | | | | | |
| 14 | -.42** | -.32** | .02 | -.11 | -.42** | -.39** | -.40** | .61** | .77** | .65** | .71** | .53** | .60** | | | | | |
| 15 | .32** | .14 | -.1 | -.04 | .33** | .26** | .23** | -.54** | -.46** | -.46** | -.50** | -.36** | -.48** | -.57** | | | | |
| 16 | .33** | .18* | .15 | -.09 | .41** | .19* | .30** | -.06** | -.10 | -.19* | -.12 | -.15 | -.23** | -.17* | .27** | | | |
| 17 | .30** | .26** | -.04 | -.14 | .35** | .15 | .22** | -.24** | -.21** | -.13 | -.21* | -.15 | -.23** | -.22** | .37** | .60** | | |
| 18 | .39** | .25** | .03 | -.13 | .45** | .23** | .31** | -.27** | -.26** | -.26** | -.28** | -.23** | -.33** | -.32** | .54** | .86** | .89** | |
| 19 | .59** | .37** | -.06 | -.02 | .54** | .24** | .42** | -.35** | -.35** | -.16 | -.29** | -.19* | -.48** | -.38** | .35** | .13 | .25** | .27** |

SYBD Ölçeği'nden alınan toplam puan ile ADÖ'nün alt boyutları olan problem çözme ($r = -.42, p < .01$), iletişim ($r = -.39, p < .01$), roller ($r = -.36, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = -.33, p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = -.19, p < .05$), davranış kontrolü ($r = -.35, p < .01$) ve genel işlevler ($r = -.40, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca SYBD Ölçeği'nden alınan toplam puan ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = .31, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan aile boyutu ($r = .23, p < .01$), arkadaş boyutu ($r = .30, p < .01$), özel bir insan boyutu ($r = .22, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = .42, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Genel olarak gerçekleştirilen sağlıklı yaşam biçim davranışları arttıkça araştırmaya katılan hastalar aile içinde problem çözmede, bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede, aile bireylerinin birbirlerine gösterdikleri ilgide, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca gerçekleştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça hastalar genel olarak çevrelerinden destek hissettiklerini ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir.

ADÖ'nün alt boyutu olan problem çözme ile yine ADÖ'nün alt boyutları olan iletişim ($r = .63, p < .01$), roller ($r = .46, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = .45, p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = .26, p < .01$), davranış kontrolü ($r = .49, p < .01$) ve genel işlevler ($r = .61, p < .01$) arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Ayrıca problem çözme ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = -.27, p < .01$), bu ölçeğin alt boyutları olan aile ($r = -.54, p < .01$) ve özel bir insan boyutları ($r = -.24, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = -.35, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile içinde problem çözme ile ilgili sıkıntılar azaldıkça araştırmaya katılan hastalar yine aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde, ailenin ihtiyaçlarını karşılamada, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilmede, aile bireylerinin birbirlerine gösterdikleri ilgide, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca aile içinde problem çözmede sıkıntılar azaldıkça hastalar özellikle ailelerinden ve özel birinden destek hissettiklerini ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir.

ADÖ'nün bir alt boyutu olan iletişim ile ADÖ'nün diğer alt boyutları olan roller ($r = .57, p < .01$), duygusal tepki verebilme ($r = .69, p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = .36, p < .01$), davranış kontrolü ($r = .40, p < .01$) ve genel işlevler ($r = .77, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca iletişim alt boyutu ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = -.26, p < .01$) ve alt boyutları olan aile ($r = -.46, p < .01$) ve özel bir insan boyutu ($r = -.21, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = -.35, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgular aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde yaşanan sıkıntılar azaldıkça, araştırmaya katılan hastaların aile içinde ailenin ihtiyaçlarını karşılama, yaşantılara uygun duygusal tepki verebilme, aile bireylerinin birbirlerine yeterince ilgi gösterme ve aile içi davranış kontrolü ve gözetimi ile ilgili daha az sıkıntı belirttiklerini göstermektedir. Ayrıca aile içinde bilgi ve duygu alışverişinde yaşanan sıkıntılar azaldıkça, hastaların özellikle aile ve özel bir insandan destek hissettiklerini ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

ADÖ'nün bir alt boyutu olan roller ile yine aynı ölçeğin alt boyutları olan duygusal tepki verebilme ($r = .55, p < .01$), gereken ilgiyi gösterebilme ($r = .47, p < .01$), davranış kontrolü ($r = .38, p < .01$) ve genel işlevler ($r = .65, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca roller alt ölçeği ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = -.26, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan aile ($r = -.46, p < .01$) ve arkadaş boyutları arasında ($r = -.20, p < .01$) negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Elde edilen bu bulgular aile içinde ailenin ihtiyaçlarını karşılama ile ilgili sıkıntılar azaldıkça araştırmaya katılan hastaların aile içinde yaşantılara uygun duygusal tepki verebilme, aile bireylerinin birbirlerine yeterince ilgi gösterme, aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevleri ile ilgili daha az sıkıntı belirttiklerini göstermektedir. Ayrıca aile içinde ailenin ihtiyaçlarını karşılama ile ilgili sıkıntılar azaldıkça hastaların özellikle aile ve arkadaşlardan destek aldıklarını daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

ADÖ'nün alt boyutları olan duygusal tepki verebilme ile gereken ilgiyi gösterebilme ($r = .46, p < .01$), davranış kontrolü ($r = .38, p < .01$), genel işlevler ($r = .71, p < .01$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca duygusal tepki verebilme alt boyutu ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = -.28, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan aile ($r = -.50, p < .01$) ve özel bir insan alt boyutları ($r = -.21, p < .05$) ve

ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = -.29, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile içinde yaşanan duruma uygun duygusal tepkide bulunabilme ile ilgili sıkıntıları azaldıkça hastalar aile içinde aile bireylerinin birbirlerine yeterli düzeyde ilgi gösterme, davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı belirtmişlerdir. Yaşanan duruma uygun duygusal tepkide bulunabilme ile ilgili sıkıntıları azaldıkça özellikle ailelerinden ve özel birinden destek aldıklarını ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir.

ADÖ'nün alt boyutları olan gereken ilgiyi gösterebilme ile davranış kontrolü ($r = .42, p < .01$) ve genel işlevler ($r = .53, p < .01$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutu ile ÇBASD ($r = -.23, p < .01$) Ölçeği'nin tümü ve alt boyutu olan aile boyutu ($r = -.36, p < .01$), bir de ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = -.20, p < .05$) arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Aile içinde ilgi gösterme ile ilgili sıkıntıları azaldıkça araştırmaya katılan hastalar aile içi davranış kontrolü ve gözetiminde ve ailenin genel işlevlerinde daha az sıkıntı belirtmişler; özellikle aileden destek aldıklarını ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir.

ADÖ'nün alt boyutları olan davranış kontrolü ile genel işlevler ($r = .60, p < .01$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca davranış kontrolü alt boyutu ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = -.33, p < .01$) ve ölçeğin at boyutları olan aile ($r = -.48, p < .01$), arkadaş ($r = -.23, p < .01$) ve özel bir insan boyutları ($r = -.23, p < .01$), bir de ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = -.48, p < .01$) arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani aile içinde davranış kontrolü ve gözetiminde yaşanan sıkıntılar azaldıkça araştırmaya katılan hastalar ailenin genel işlevleriyle ilgili daha az sıkıntı belirtmişler; genel olarak çevrelerinden destek aldıklarını ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirtmişlerdir.

ADÖ'nün bir alt boyutu olan genel işlevler ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = -.32, p < .01$) ve bu ölçeğin alt boyutları olan aile ($r = -.57, p < .01$), arkadaş ($r = -.17, p < .05$) ve özel biri boyutları ($r = -.22, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = -.38, p < .01$) arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu da ailenin genel işlevleri ile ilgili sıkıntılar azaldıkça genel olarak çevrelerinden destek aldıklarını ve belli bir performansı

başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

ÇBASD Ölçeği'nin bir alt boyutu olan aile boyutu ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = .54, p < .01$) ve bu ölçeğin diğer alt boyutları olan arkadaş ($r = .27, p < .01$) ve özel bir insan boyutu ($r = .37, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = .36, p < .01$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da araştırmaya katılan hastaların ailelerinden algıladıkları destek arttıkça arkadaş ve özel birinden destek hissettiklerini ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

ÇBASD Ölçeği'nin alt boyutu olan arkadaş boyutu ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = .86, p < .01$) ve yine bu ölçeğin alt boyutu olan özel bir insan boyutu ($r = .60, p < .01$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu da hastaların arkadaşlarından aldıkları destek arttıkça özellikle özel birinden sosyal destek aldıklarını daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

ÇBASD Ölçeği'nin bir alt boyutu özel bir insan boyutu ile ÇBASD Ölçeği'nin tümü ($r = .89, p < .01$) ve ÖY Ölçeği'nin tümü ($r = .25, p < .01$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu da hastaların özel bir insandan aldıkları destek arttıkça çevrelerinden destek hissettiklerini ve belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

Son olarak ÇBASD ölçeği ile ÖY ölçeği ($r = .27, p < .01$) arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Bu da araştırmaya katılan hastaların çevrelerinden aldığı destek arttıkça belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançlarının olduğunu daha fazla belirttiklerini göstermektedir.

3.5 GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR

Katılımcıların sağlık bilgileri ve diğer araştırma değişkenlerinden aldıkları ortalama puanları cinsiyet, gelir durumu ve eğitim düzeyi açısından karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin cinsiyet açısından karşılaştırılmasında t-testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler içinse Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Gelir durumu ve eğitim düzeyi ise normal dağılım gösteren değişkenler için tek faktörlü varyans analizi ile normal dağılım göstermeyen değişkenler içinse Kruskal Wallis H-testi ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenler ise Ki-Kare ve Fisher Exact testi ile

karşılaştırılmıştır. Ölçeklerden elde edilen veriler hastane türüne göre (devlet/özel) karşılaştırılmamıştır. Çünkü verilerin toplandığı iki özel hastanenin de SGK anlaşması vardır ve hastaların çoğunluğu SGK anlaşması hakkından yararlanarak bu hastanelere başvurmuştur. Bu nedenle özel hastane ve devlet hastanesi arasında bir karşılaştırmanın anlamlı olmayacağı düşünülmüştür.

T-testi ile kadınların ve erkeklerin ortalama puanlarının karşılaştırılmasından önce, gruplardan elde edilen değerlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmayan ($\alpha > .05$) Shapiro-Wilk değerleri normal dağılıma işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2010). Her iki cinsiyet için de genel SYBD puanı, sağlık sorumluluğu ve ilişkiler alt ölçek puanları normal dağılım göstermektedir. Bunların dışında erkeklerin beslenme ve öz yeterlilik puanları normal dağılım gösterirken, kadınların puanları normal dağılım göstermediğinden kareleri alınarak verilerin dönüşümü yapıldıktan sonra normal dağılım göstermiştir. Diğer değişkenler ise dönüşümden sonra da normal dağılım göstermediğinden analize katılmamıştır. Genel SYBD puanı, sağlık sorumluluğu, ilişkiler, beslenme puanları ve genel ÖY ile hastaların sağlık bilgileri ile ilgili değişkenlerden alınan puanların cinsiyete göre t-testi sonuçları tablo 3.7’de gösterilmiştir. Yapılan t-testi sonucunda araştırmaya katılan hipertansif hastaların aldıkları puanların cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur.

Tablo 3.7 Genel SYBD Puanı, Sağlık Sorumluluğu, İlişkiler, Beslenme Puanları ve Genel ÖY Puanı ile Hastaların Sağlık Bilgileri ile İlgili Değişkenlerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları

| | Kadın ($n = 97$) | | Erkek ($n = 54$) | | T-testi | | |
|----------------------------|--------------------|---------|--------------------|---------|---------|-----|-----|
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | t | sd | p |
| SYBD | 135,01 | 18,53 | 135,19 | 20,11 | .05 | 149 | .96 |
| Sağlık Sorumluluğu | 23,75 | 4,74 | 22,87 | 5,34 | 1,05 | 149 | .30 |
| İlişkiler | 28,13 | 4,42 | 27,37 | 5,04 | .97 | 149 | .34 |
| Beslenme ² | 491,45 | 189,46 | 449,59 | 173,16 | 1,34 | 149 | .18 |
| Öz Yeterlilik ² | 8364,21 | 2136,65 | 8460,30 | 2209,61 | .26 | 149 | .79 |

Diğer değişkenler ise cinsiyet açısından dağılımın normallik varsayımını karşılamadığı durumlarda kullanılan, Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır (Büyüköztürk, 2010). Mann Whitney U testi ile beden kitle indeksi, kan basıncı ölçüm

sıklığı ve diğer araştırma değişkenlerinden alınan puanlar açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark olup olmadığını kontrol edilmiştir. Bulgular, duygusal tepki verebilme ($z = -2,02, p = .04$), davranış kontrolü ($z = -2,06, p = .04$), ve fiziksel aktivite ($z = -2,15, p = .03$) alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı farkların olduğunu göstermektedir. Buna göre duygusal tepki verebilmede kadınların 70,66 sıralar ortalamasına erkeklerin ise 85,58 sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Davranış kontrolünde kadınların 81,46 sıralar ortalamasına erkeklerin 66,19 sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Fiziksel aktivitede kadınlar 70,36 sıralar ortalamasına erkekler 86,13 sıralar ortalamasına sahiptir. Bu da araştırmaya katılan erkek hipertansif hastaların duygusal tepki verebilme konusunda, kadın hastaların ise davranış kontrolü konusunda daha fazla sıkıntı belirttiklerini göstermektedir. Ayrıca araştırmaya katılan erkek hastalar fiziksel aktiviteyi günlük yaşama dahil ettiklerini daha fazla belirtmişlerdir. Bulgular tablo 3.8, 3.9, 3.10'da gösterilmiştir.

Tablo 3.8 Cinsiyete Göre Duygusal Tepki Verebilme Mann Whitney U-Testi Sonuçları

| Cinsiyet | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamı | U | p |
|----------|----|-----------------|--------------|---------|-------|
| Kadın | 97 | 70,66 | 6854,50 | 2101,50 | .043* |
| Erkek | 54 | 85,58 | 4621,50 | | |

Tablo 3.9 Cinsiyete Göre Davranış Kontrolü Mann Whitney U-Testi Sonuçları

| Cinsiyet | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamı | U | p |
|----------|----|-----------------|--------------|---------|-------|
| Kadın | 97 | 81,46 | 7901,59 | 2089,50 | .039* |
| Erkek | 54 | 66,19 | 3574,50 | | |

Tablo 3.10 Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Mann Whitney U-Testi Sonuçları

| Cinsiyet | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamı | U | p |
|----------|----|-----------------|--------------|------|-------|
| Kadın | 97 | 70,36 | 7901,50 | 2072 | .032* |
| Erkek | 54 | 86,13 | 3574,50 | | |

İlaca ve tuz diyetine uyum, sigara ve alkol kullanımı ise cinsiyet açısından, iki sınıflamalı (kategorik) değişken arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan Ki-Kare testi ile karşılaştırılmıştır. Bulgular tablo 3.11’de gösterilmiştir. Erkek ve kadın hastalar arasında ilaca uyumları, $\chi^2 (sd = 1, n = 151) = 2,24, p > .05$ ve tuz diyetine uyumları, $\chi^2 (sd = 1, n = 151) = .02, p > .05$ arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu da cinsiyet ile ilaca ve tuz diyetine uyum arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı anlamına gelmektedir.

Kadın ve erkek hastalarda sigara kullanımı anlamlı olarak farklılık göstermektedir, $\chi^2 (sd = 2, n = 151) = 39,01, p < .01$. Sigara içenlerin %32’sini kadınlar, %68’ini erkekler oluşturmaktadır. Ayrıca kadın ve erkek hastalarda alkol kullanımı anlamlı olarak farklılık göstermektedir, $\chi^2 (sd = 1, n = 151) = 14,78, p < .01$. Alkol kullanan hastaların %15,4’ünü kadın, geriye kalan %84,6’sını erkek hastalar oluşturmaktadır. Bu veriler hem sigara hem de alkol kullanımının erkek hastalarda daha sık görüldüğünü göstermektedir. Bu da sigara ve alkol kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişkilerin olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 3.11 Cinsiyete Göre İlaca ve Tuz Diyetine Uyum İle Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

| Değişken | | | Kadın | Erkek | X^2 | p | sd |
|-------------------|-------|--------|--------------|--------------|-------|-------|----|
| İlaca Uyum | Evet | N % | 90 (92,8) | 46 (85,2) | 2,24 | .13 | 1 |
| | Hayır | N % | 7 (7,2) | 8 (14,8) | | | |
| Tuz Diyetine Uyum | Evet | N % | 64 (66) | 35 (64,8) | .021 | .88 | 1 |
| | Hayır | N % | 33 (34) | 19 (35,2) | | | |
| Alkol Kullanımı | Evet | N % | 2 (2,1) | 11 (20,4) | 14,78 | .00** | 1 |
| | Hayır | N % | 95 (97,9) | 43 (79,6) | | | |
| | Evet | N % | 8 (8,2) | 17 (31,5) | 39 | .00** | 2 |

| | | | | |
|------------------|----------|---|--------|--------|
| Sigara Kullanımı | Hayır | N | 74 | 13 |
| | | % | (76,3) | (24,1) |
| | Bıraktım | N | 15 | 24 |
| | | % | (15,5) | (44,4) |

Yukarıdaki değişkenler dışında kalan değişkenler cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların araştırma değişkenlerinden aldıkları puanların ortalamalarının gelir düzeyi açısından tek faktörlü varyans analizi ile karşılaştırılmasından önce, gruplardan elde edilen değerlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks ile test edilmiştir. Sağlık sorumluluğu, ilişkiler, genel sağlıklı yaşam biçimi davranışları değişkenleri tüm gelir düzeyleri için normal dağılım göstermektedir. Bunların dışında davranış kontrolü, beslenme ve stres yönetimi puanları normal dağılım göstermediğinden karekökü alınarak verilerin dönüşümü yapıldıktan sonra normal dağılım göstermiştir. Ayrıca manevi gelişim ve genel öz yeterlilik puanları da normal dağılım göstermediğinden kareleri alınarak verilerin dönüşümü yapıldıktan sonra normal dağılım göstermiştir. Diğer değişkenler ise veri dönüşümünden sonra da normal dağılım göstermediğinden tek faktörlü varyans analizine katılmamıştır.

Araştırma değişkenlerinden alınan ortalama puanların gelir düzeyine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini inceleyen tek faktörlü varyans analizi sonuçları tablo 3.12’de verilmiştir.

Tablo 3.12 İlişkiler Değişkeninin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

| Varyansın Kaynağı | Kareler Toplar | sd | Kareler Ortalaması | F | p | Anlamlı Fark |
|-------------------|----------------|-----|--------------------|-------|------|---------------------|
| Gruplar arası | 280,855 | 5 | 56,171 | 2,745 | .021 | 551-1000, 1501-3000 |
| Gruplar içi | 2967,225 | 145 | 20,464 | | | |
| Toplam | 3248,079 | 150 | | | | |

Araştırmaya katılan hastaların ilişkiler puanı, $F(5,145) = 2,75$, $p < .05$, $r = 0,29$ ve genel öz yeterlilik puanları, $F(5,145) = 2,56$, $p < .05$ gelir düzeylerine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların hangi gelir düzeyleri arasında olduğunu bulmak amacıyla Post-Hoc testi uygulanmıştır. Bunun için ilişkiler ve genel

öz yeterlilik değişkenleri için grupların varyansları eşit olduğu için bonferonni çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İlişkiler değişkeni için düşük gelir düzeyine (551-1000 TL) sahip hastalar ile yüksek gelir düzeyine (1501-3000 TL) sahip hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Genel öz yeterlilik puanı için tek faktörlü varyans analizinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmasına rağmen farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan bonferonni testi sonucu gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu durumun oluşturulan grup sayısının fazla olmasından ve gruplara düşen katılımcı sayıları arasındaki farkın fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği ve bu sebeple ANOVA sonucunun 1. tip bir hatadan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak genel öz yeterlilik puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını söyleyebiliriz.

Diğer değişkenler ise gelir düzeyleri açısından, dağılımın normallik varsayımını karşılamadığı durumlarda kullanılan, Kruksal Wallis H-Testi ile karşılaştırılmıştır (Büyüköztürk, 2010). Bulgular bu değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir.

İlaça ve tuz diyetine uyum ile sigara ve alkol kullanımının gelir düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları ilaca uyumun gelir düzeyine göre anlamlı ($p < .05$) olarak farklılaştığını göstermektedir. Aylık geliri 551-1000 ve 1001-1500 arası olan hastaların ilaçlarını düzenli olarak aldıklarını daha fazla belirtmişlerdir. Hastaların sigara kullanma alışkanlıkları ile gelir düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklılıkların ($p < .001$) olduğu görülmektedir. Sigara kullandığını en fazla belirten grup 1001-1500; sigarayı bıraktığını en fazla belirten grup 1001-1500; hiç kullanmadığını en fazla belirten grup ise 551-1000'dir. Tuz diyetinin ve alkol kullanımının ise gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar göstermediği bulunmuştur ($p > .05$). Sonuçlar tablo 3.13 ve 3.14'te gösterilmiştir.

Tablo 3.13 Gelir Düzeyine Göre İlaça Uyum Değerleri

| | | Gelir Durumu | | | | | | | |
|------------|-------|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|--------|-----|
| | | 150-550 | 551-1000 | 1001-1500 | 1501-3000 | 3001-5000 | 5001 ve üzeri | Toplam | |
| İlaça Uyum | Evet | N | 4 | 51 | 42 | 29 | 7 | 3 | 136 |
| | | % | 2,9 | 37,5 | 30,9 | 21,3 | 5,1 | 2,2 | 100 |
| | Hayır | N | 1 | 5 | 3 | 4 | 2 | 0 | 15 |
| | | % | 6,7 | 33,3 | 20 | 26,7 | 13,3 | 0 | 100 |

Tablo 3.14 Gelir Düzeyine Göre Sigara Kullanımı

| | | Gelir Düzeyi | | | | | | | |
|------------------|------|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|--------|-----|
| | | 150-550 | 551-1000 | 1001-1500 | 1501-3000 | 3001-5000 | 5001 ve üzeri | Toplam | |
| Sigara Kullanımı | Evet | N | 1 | 3 | 7 | 8 | 6 | 0 | 25 |
| | | % | 4 | 12 | 28 | 32 | 24 | 0 | 100 |
| | Hiç | N | 3 | 42 | 22 | 18 | 2 | 0 | 87 |
| | | % | 3,4 | 48,3 | 25,3 | 20,7 | 2,3 | 0 | 100 |
| | Bra | N | 1 | 11 | 16 | 7 | 1 | 3 | 39 |
| | ktım | % | 2,6 | 28,2 | 41 | 17,9 | 2,6 | 7,7 | 100 |

Yukarıdaki değişkenler dışında kalan değişkenler hastane türü açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların araştırma değişkenlerinden aldıkları puanların ortalamalarının eğitim düzeyi açısından tek faktörlü varyans analizi ile karşılaştırılmasından önce, gruplardan elde edilen değerlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks ile test edilmiştir. Sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve genel öz yeterlilik değişkenleri tüm eğitim düzeyleri için normal dağılım

göstermektedir. Bunların dışında roller, beslenme ve genel sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları normal dağılım göstermediğinden verilerin dönüşümü yapıldıktan sonra normal dağılım göstermiştir. Veri dönüşümü sırasında roller değişkenin logaritması, beslenme değişkeninin karekökü, genel sağlıklı yaşam biçimi davranışları değişkeninin karesi alınmıştır. Diğer değişkenler ise veri dönüşümünden sonra da normal dağılım göstermediğinden tek faktörlü varyans analizine katılmamıştır. Araştırma değişkenlerinden alınan ortalama puanların gelir düzeyine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini inceleyen tek faktörlü varyans analizi sonuçları tablo 3.15'te verilmiştir.

Tablo 3.15 Eğitim Düzeyine Göre Araştırma Değişkenlerinin ANOVA Sonuçları

| | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd | Kareler Ortalaması | F | p |
|--------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|------|-------|
| Sağlık Sorumluluğu | Gruplar arası | 291,79 | 7 | 41,68 | 1,75 | .102 |
| | Gruplar içi | 3403,36 | 143 | 23,80 | | |
| | Toplam | 3695,15 | 150 | | | |
| Stres Yönetimi | Gruplar arası | 170,30 | 7 | 24,33 | 1,26 | .27 |
| | Gruplar içi | 2759,70 | 143 | 19,30 | | |
| | Toplam | 2930 | 150 | | | |
| ÖY | Gruplar arası | 2082,89 | 7 | 297,56 | 2,10 | .047* |
| | Gruplar içi | 20215,97 | 143 | 141,37 | | |
| | Toplam | 22298,86 | 150 | | | |
| Roller | Gruplar arası | 1,80 | 7 | .26 | 1,25 | .28 |
| | Gruplar içi | 29,34 | 143 | .20 | | |
| | Toplam | 31,14 | 150 | | | |
| Beslenme | Gruplar arası | 73,82 | 7 | 10,54 | .61 | .75 |
| | Gruplar içi | 2483,33 | 143 | 17,37 | | |
| | Toplam | 2557,15 | 150 | | | |
| SYBD | Gruplar arası | 1904,38 | 7 | 272,05 | .74 | .64 |
| | Gruplar içi | 52495,81 | 143 | 367,10 | | |
| | Toplam | 54400,20 | 150 | | | |

Araştırmaya katılan hastaların genel öz yeterlilik puanları, $F(3,147) = 3,58$, eğitim düzeylerine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu bulmak amacıyla post hoc istatistiği kullanılmıştır. Bunun için genel öz yeterlilik değişkeni için grupların varyansları eşit olduğundan bonferonni çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ancak yapılan post-hoc testi sonucu gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Bu durumun gruplara dağılan veri sayıları arasında aşırı farkların olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diğer değişkenler ise eğitim düzeyleri açısından, dağılımın normallik varsayımını karşılamadığı durumlarda kullanılan, Kruksal Wallis H-Testi ile karşılaştırılmıştır (Büyüköztürk, 2010). Analiz sonuçları hastaların iletişim değişkeninden aldıkları

puanların eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermektedir, χ^2 ($sd = 3, n = 151$) = 10,98, $p < .05$. Sonuçlara baktığımızda 3001-5000 arası gelir düzeyi sahip katılımcıların diğerlerine göre daha fazla başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurduğu görülmektedir. Sonuçlar tablo 3.16’da gösterilmektedir.

Tablo 3.16 İlişkiler Değişkenin Eğitim Düzeyine Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

| Gelir Düzeyi | n | Sıra Ortalaması | sd | X ² | p |
|---------------|----|-----------------|----|----------------|-------|
| 150-550 | 5 | 64,30 | 5 | 12,29 | .031* |
| 551-1000 | 56 | 87,02 | | | |
| 1001-1500 | 45 | 73,68 | | | |
| 1501-3000 | 33 | 59,71 | | | |
| 3001-5000 | 9 | 96,22 | | | |
| 5001 ve üzeri | 3 | 43,17 | | | |

İlaça ve tuz diyetine uyum ile sigara ve alkol kullanımının eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Fisher Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Analiz sonucu hastaların ilaçlarını düzenli almalarının ve tuz diyetine uyumlarının eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılıklar göstermediği görülmektedir ($p > .05$). Sigara ve alkol ($p < .01$) kullanımının ise hastaların eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. İlkokul mezunu hastalar, hem sigara içtiğini, hem sigarayı bıraktığını, hem de hiç sigara kullanmadığını en fazla belirten grup olmuştur. Alkol kullandığını en fazla belirten grup yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip hastalar; hiç alkol kullanmadığını en fazla belirten grup ise ilkokul mezunu hastalar olmuştur. Sonuçlar tablo 3.17 ve 3.18’de gösterilmiştir.

Tablo 3.17 Eğitim Düzeyine Göre Sigara Kullanım Oranları

| Sigara | | Eğitim | | | | | | Total |
|--------------------|---|-------------------------|----------------|-------------------|--------------------|----------------|----------------------------|------------|
| | | Okur- yazar Değil | Okur- yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | Yüksek- okul ve Üstü | |
| Kullanıyorum | N | 0 | 1 | 12 | 2 | 3 | 7 | 25 |
| | % | 0% | 4,0% | 48,0% | 8,0% | 12,0% | 28,0% | 100,0 % |
| Bıaktım | N | 1 | 1 | 19 | 3 | 9 | 6 | 39 |
| | % | 2,6% | 2,6% | 48,7% | 7,7% | 23,1% | 15,4% | 100,0 % |
| Hiç Kullanmadım | N | 18 | 9 | 51 | 6 | 2 | 1 | 87 |
| | % | 20,7% | 10,3% | 58,6% | 6,9% | 2,3% | 1,1% | 100,0 % |
| Total | N | 19 | 11 | 82 | 11 | 14 | 14 | 151 |
| | % | 12,6% | 7,3% | 54,3% | 7,3% | 9,3% | 9,3% | 100,0 % |

Tablo 3.18 Eğitim Düzeyine Göre Alkol Kullanım Oranları

| | | Eğitim ve Alkol Kullanımı | | | | | | Toplam |
|--------|---|---------------------------|-----------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------|--------|
| | | Okuryazar Değil | Okuryazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | Yüksekokul ve Üstü | |
| Evet | N | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 | 5 | 13 |
| | % | 0 | 0 | 30,8 | 7,7 | 23,1 | 38,5 | 100 |
| Hayır | N | 19 | 11 | 78 | 10 | 11 | 9 | 138 |
| | % | 13,8 | 8 | 56,5 | 7,2 | 8 | 6,5 | 100 |
| Toplam | N | 19 | 11 | 82 | 11 | 14 | 14 | 151 |
| | % | 12,6 | 7,3 | 54,3 | 7,3 | 9,3 | 9,3 | 100 |

3.6 REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Bireysel bir değişken olan genel öz yeterlilik değişkeninin ve aile işlevselliği değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yordayıp yordamadığı çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmanın sosyal faktörünü oluşturan çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenleri ise veri dönüşümünden sonra dahi normal dağılım göstermedikleri için çoklu regresyona katılmamıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yordamada çoklu regresyon modeline bireysel değişken olan öz yeterlilik ile aile işlevselliği değişkenlerinden iletişim, roller ve duygusal tepki verebilme değişkenleri yordayıcılar olarak girilmiştir. Tablo 3.19’da görüldüğü gibi analizin sonucunda öz yeterlilik ve roller değişkenleri birlikte, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki varyansın yaklaşık %28’ini açıklamaktadır ($R^2 = .28$, $F(5,145) = 11,22$, $p < .01$). Öz yeterliliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamlı olarak yordadığı ($\beta = .30$, $p < .001$) ve aile içi rollerde yaşanan problemlerin de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamlı olarak yordadığı ($\beta = -.20$, $p < .05$) bulunmuştur. Bu model istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ve varyansın yaklaşık %28’ini açıklamaktadır, $R^2 = .28$, $F(5,145) = 11,22$, $p < .01$.

3.19 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yordanmasına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

| Değişken | B | Standart Hata B | β | T | p | İkili r | Kısmi r |
|----------|--------|-----------------|---------|-------|--------|---------|---------|
| Sabit | 105,66 | 12,34 | - | 8,56 | .000** | - | - |
| Roller | -12,56 | 2,99 | -.30 | -4,20 | .000** | -.36 | -.33 |
| ÖY | .58 | .11 | .37 | 5,19 | .000** | .42 | .39 |

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışmada hipertansiyon ve onunla ilişkili kalp-damar hastalıklarını kontrol altına almak için uygulanan tedavinin önemli bir parçasını oluşturan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunlarla ilişkili olabileceği düşünülen bireysel, sosyal ve ailevi faktörler incelenmiştir. Bu incelemelerin sonucunda bireysel bir faktör olan öz yeterlilik ile ailevi bir faktör olan rollerin (yani aile üyelerinin maddi-manevi ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sorumlulukların yerine getirilmesi) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bu da öz yeterlilik algısı yüksek olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla sergilediği anlamına gelmektedir. Alan yazında bireyin belli bir performansı yerine getirebilmesi için gerekli olan becerilere sahip olduğuna ve bu beceriler sayesinde istediği sonuca ulaşabileceğine dair inancını ifade eden öz yeterliliğin, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde birincil motivasyon kaynaklarından biri olduğu belirtilmektedir (Craft ve Perna, 2004; Galloway, 2003). İyi bir performans göstereceğine ve davranışının olumlu bir sonuca yol açacağına inanan bireylerin o davranışı gerçekleştirmeye yönelik motivasyonları daha fazla olmaktadır (Bandura, 1977). Hastalar hipertansiyonun tedavisinde önemli bir yeri olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını başlatma ve sürdürmenin, hastalığı kontrol altında tutma konusunda yararlı olacağına inanırlarsa bu tip davranışları benimseme ve sürdürme konusunda daha istekli olacaklardır. Öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen alan yazındaki çalışmaların çoğunluğu da bu iki değişken arasında pozitif yönde ilişki olduğundan, öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilediğinden bahsetmektedir. Örneğin Kulakçı, Ayyıldız, Emiroğlu ve Köroğlu (2012) yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirilmiş, değerlendirme sonrasında yaşlıların öz yeterlilik

algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bulmuşlardır. Öz yeterlilik algısı öznel bir kavramdır. Diğer bir deyişle kişisel bir algı olduğundan dış uyarıcılar tarafından etkilenmeye ya da değiştirilmeye de açıktır (Erol, 2009). Bu nedenle sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi adına bireylerin öz yeterlilik algılarını yükseltebilecek uygulamaların oluşturulması olumlu sonuçlar doğurabilir.

Bu araştırmada aile işlevselliğine ilişkin bir değişken olan roller ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu aile içinde aile üyelerinin maddi-manevi ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sorumlulukların yerine getirilmesi ile ilgili sıkıntılar azaldıkça bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme olasılıklarının da arttığını göstermektedir. Aile işlevselliği açısından önem taşıyan roller; aile kaynaklarının kullanımı, aile üyelerinin bakımı, beslenmesi, kişisel gelişimlerinin desteklenmesi gibi ihtiyaçların karşılanmasıdır. Hipertansiyon gibi kronik bir hastalığa sahip bireylerin ailelerinde, hasta bireye ait sorumlulukların bir kısmının diğer üyeler arasında paylaşılması ya da diğer aile üyelerinin hasta olan bireyin tedaviye uyumunu arttıracak roller edinmesi (ilaçlarını almasını hatırlatma gibi) hipertansiyonla baş etmede hasta bireye yardımcı olabilir. Araştırmalara baktığımızda, aile üyelerinin yaşam biçimi davranışlarında değişiklikler yapması, hasta olan bireyin ev içi sorumluluklarının üstlenilmesi veya aile içi rollerin yeniden dağıtılması gibi değişiklikler hasta bireyin tedaviye uyumunda önemli bir rol oynamaktadır (DiMatteo, 2004; Franks ve ark., 2006).

Araştırmanın bir diğer bulgusu da aile üyelerinin duruma uygun duygusal tepkiler verebilmesi boyutunda araştırmaya katılan kadınlar ve erkekler arasındaki anlamlı farktır. Erkek hastalar, aile üyelerinin yaşanan bir duruma uygun duygusal tepkiler vermesinde daha fazla sıkıntı belirtmişlerdir. Yani erkek hastalar kadınlara göre aile içinde hem olumlu hem olumsuz duyguların yeterli miktarda ve uygun bir şekilde paylaşıldığını daha az belirtmektedir. Bu durumu açıklayacak faktörlerinden biri erkeklerin kendilerinin aile içinde duygusal tepkiler vermede ve almada sıkıntı yaşamalarından kaynaklanması olabilir. Duygularını yeterince ifade etmeyen hasta karşı taraftan da bu yönde bir tepki alamıyor olabilir. Bir diğer olasılık da erkek hastaların ailelerinde aile üyelerinin duygularını ifade etme konusunda gerçekten daha fazla sıkıntı yaşamaları olabilir. Aile içinde duygusal tepki verebilme, aile işlevselliğinin önemli bir

parçasıdır. Araştırmalar ailede yakın ve destekleyici ilişkiler kurmanın, aile üyelerinin psikolojik işlevselliklerinin ve stres tepkilerinin sağlıklı davranışların ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Repetti, Taylor ve Seeman, 2002). Dolayısıyla aile içinde duygusal tepki verebilme, aile bireylerinin psikolojik sağlıkları ve stres yönetimi ile ilişkili olabilir ve bu da aile üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmelerine etki edebilir.

Ailevi bir faktör olan davranış kontrolü (aile bireylerinin davranışlarının kontrolü ve gözetimi) için kadınların puanı erkeklerin puanından anlamlı derecede farklıdır. Erkekler aile içi davranış kontrolünde kadınlara göre daha az sıkıntı belirtmişlerdir. Yani kadınlar aile bireylerinin davranışlarına ilişkin aile içi kurallar açısından daha fazla problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Geleneksel bir yapının hüküm sürdüğü toplumumuzda bireylere yüklenen ve yerine getirmeleri beklenen roller, cinsiyetler arasında farklılıklar göstermektedir. Toplumumuzda genel olarak kadınlardan sabırlı, anlayışlı olmaları, evi çekip çevirmeleri, insan ilişkilerini düzenlemeleri; erkeklerden ise güçlü olmaları, ailelerini geçindirmeleri, çevre üzerinde belli bir etkinlik ve kontrol sağlamaları beklenmektedir (İmamoğlu, 1991). Erkeğe yüklenen bu roller, aile içinde kontrolün sağlanması ve kural koyma gibi görevlerin babalara ait olduğu algısını oluşturur. Böyle bir sistemde babalar, aile içinde kontrole sahip kişiler olarak aile içinde davranışların kontrolü ile ilgili daha az sıkıntı hissediyor olabilirler. Davranış kontrolü aile işlevselliğinin önemli bir parçasıdır. Aile içinde uygun bulunan davranışları belirleyen kurallar ve belirli düzeyde esneklik/tolerans olması, ailede davranış kontrolünün derecesini belirler (Miller ve ark., 2000).

Araştırmanın bir diğer bulgusu da fiziksel aktivitede bulunma sıklığının erkek hastalarda daha fazla olmasıdır. Günlük yaşam ve çalışma hayatında yer alan aktiviteler, egzersiz ve spor fiziksel aktivite kapsamına girmektedir. Bu araştırmanın bulgusuna göre erkek hipertansiyon hastaları günlük yaşamlarında kadın hipertansiyon hastalarına göre daha fazla sayıda aktiviteye katılmakta, egzersiz ya da spor yapmaktadır. Bu durum erkeklerin fiziksel aktivite ve sağlık arasındaki ilişki hakkında farkındalığının daha yüksek olmasından, erkeklerin sağlıkları üzerinde etkili olabileceklerine daha fazla inanmalarından, kadın ve erkeklerin günlük yaşamdaki sorumluluklarının ve bununla bağlantılı boş zaman sürelerinin farklı olmasından ya da sosyokültürel özelliklerden kaynaklanabilir. Genç, Şener, Karabacak ve Üçok (2011) yaptıkları bir çalışmada

erkeklerin şiddetli, orta dereceli ve toplam fiziksel aktivite düzeyleri kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Savcı ve arkadaşları (2006) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kızlardan anlamlı olarak daha fazla olduğunu bulmuşlardır.

Araştırmadan elde edilen ilginç bir bulgu eğitim düzeyi ile stres yönetimi arasındaki negatif yönde ve anlamlı olan ilişkidir. Bu bulgu, katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça stres yönetimi kapsamında problemi belirleyip kaynakları harekete geçirebilmede daha fazla sıkıntı belirttiklerini göstermektedir. Bununla birlikte yaş ve stres yönetimi arasında pozitif yönde, yaş ve eğitim düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştu. Eğitim düzeyi ile stres yönetimi arasındaki negatif ilişki, yaş ile stres yönetimi arasındaki pozitif ilişkiden etkilenmiş olabilir. Ancak hastaların stres düzeyleri ve stresle baş etme yöntemleri doğrudan ölçülmediği için böyle bir çıkarım yaparken dikkatli olmak gerekir. Araştırmaya katılan genç yetişkinlerin stresle baş etme becerileri daha gelişmiş olabilir, ancak aynı zamanda genç yetişkinlerin daha ileri yaştaki hatalara göre stres düzeyleri daha yüksek de olabilir ve bu yüzden sahip oldukları baş etme mekanizmaları yetersiz kalıyor olabilir. Bu konu hakkında daha güvenilir bir çıkarımda bulunabilmek için hastaların stres düzeylerinin ve baş etme yöntemlerinin ölçülmesi ve elde edilen verilerin karşılaştırılması gerekmektedir.

4.1 ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI/KATKILARI

Araştırmanın güçlü yanlarından biri araştırma verilerinin hipertansiyon tanısı almış 151 hastadan toplanmasıdır. 2007 yılında yapılan Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması'nda 4 yıl boyunca takip edilen 17.465 normatansif katılımcıdan 571'ine dördüncü yılın sonunda hipertansiyon tanısı konulmuştur. İnsidans çalışmasının sonuçlarına göre yılda yaklaşık 142 kişinin hipertansiyon tanısı aldığı göz önüne alınırsa 151 hastaya ulaşmak bu araştırmanın güçlü yanlarından biri olarak değerlendirilmesine olanak sağlar.

Tüm veriler araştırmacı tarafından hastalardan yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Araştırmacının ortamda bulunması, ölçeklerin nasıl doldurulacağı ile ilgili hastaları bilgilendirmesine, hastaların ölçekler ile ilgili sorularına hemen yanıt alabilmelerine olanak sağlamış bu da hastalardan elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmıştır.

Araştırmadan elde edilen bilgiler, hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumun bir parçası olan yaşam tarzı değişikliğini sağlayıcı veya arttırıcı uygulamaların

geliştirilmesine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye etki eden psikososyal etkenlerin anlaşılmasına katkıda bulunacaktır. Örnekleme alınan katılımcıların özel hastaneden ve devlet hastanesinden seçilmesi sosyoekonomik durum değişkenleri ile ilgili bilgi toplanılmasına ve karşılaştırma yapılmasına da imkan vermiştir.

Ayrıca bu araştırma, hipertansiyon hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelerken bireysel faktörlerle sınırlı kalmamış; sosyal ve ailevi faktörlere de yer vermiştir. Bireysel faktörlerden öz yeterlilik konusunda ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından araştırmalar olsa da, hipertansiyonlu hastalar açısından bu ilişkiyi daha önce incelemiş bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa hipertansiyon birçok hayati hastalık için risk faktörüdür ve bu nedenle kontrolünün sağlanması önem taşımaktadır. Bu araştırmada ayrıca ailevi faktörlerin de üzerinde durulmuştur. Ülkemizde aile işlevselliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sayısı sınırlıdır. Oysa aile üyeleri hipertansiyon gibi kronik hastalıklara uyum sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bu araştırmanın önemli katkılarından biri aile işlevselliği boyutlarından ‘roller’in sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Ayrıca araştırmanın bir diğer katkısı hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleriyle ilişkili olabilecek aile işlevselliği (duygusal tepki verebilme ve davranış kontrolü) ve fiziksel aktivite faktörlerinin cinsiyetlere göre farklılaşabileceği bulgusudur. Bu bulgunun ışığında hipertansiyon hastalarının toplumsal cinsiyet rolleri göz önüne alınarak farklı boyutlarda yaşayabilecekleri sıkıntılara yönelik farklı uygulamalar geliştirmek gerekebilir. Örneğin aile işlevselliği konusunda, hastaların aile içinde üyelerin bir duruma uygun duygusal tepkiler vermesi ve davranışlarının kontrolü ve gözetiminin nasıl olduğu ile ilgili değerlendirmeleri ölçülebilir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların yaşadıkları sorun alanları belirlenip bu sorunların çözümüne yönelik hastanın ailesini de içine alan destekleyici müdahale programları oluşturulabilir.

4.2 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ ÖNERİLER

Ayrıca araştırmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişkinin korelatif olması nedeniyle bu değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisi kurmaya olanak vermez. Bunun yanı sıra aile işlevselliği ve sosyal destek faktörleri, hipertansiyon hastalarının kendilerine

sorularak; kendi algıları üzerinden değerlendirilmiştir. Bu değişkenler çoklu veri kaynakları kullanılarak da değerlendirilebilir. Örneğin aile işlevselliği konusunda diğer aile üyelerinden de bilgi alınabilir veya sosyal destek, hastanın yakın çevresinden de bilgi alınarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada, verilerin poliklinik ortamında toplanması, araştırmaya katılan bireylerin soruları rahat bir şekilde cevaplandırmalarına engel olmuş olabilir. Bu nedenle yapılacak yeni çalışmalarda verilerin hastaların kendilerini daha rahat hissedebilecekleri bir ortamda yapmaları toplanması daha net sonuçlarına alınmasını sağlayabilir. Ayrıca bu çalışmanın verileri hipertansiyon tedavisi alan ve kontrol için hastaneye gelen, genel olarak da tedavinin gereklerini yerine getiren hastalardan toplanmıştır. Ülkemizde hipertansiyonu olduğu halde bunun farkında olmayan ya da hipertansiyonu olduğunu bilen ancak tedavinin gereklerini yerine getirmeyen, doktor kontrolüne gitmeyen hastalar da bulunmaktadır.

Ayrıca araştırma bulgularında cinsiyetler arası bazı farklılıkların ortaya çıkması, gelecekte hipertansiyon hastaları ile yapılacak araştırmalarda cinsiyet rolleri ile ilgili ölçümlerin de yapılması gerekliliğini düşündürmektedir. Bu şekilde bu farklılıkların kültürümüzde farklı cinsiyetlerden farklı toplumsal beklentilerin olması ile ilişkili olup olmadıkları belirlenebilir.

4.3 UYGULAMA İLE İLGİLİ ÖNERİLER

Araştırmada yapılan veri analizi sonucu hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde ailevi değişken olan roller ile negatif yönde, bireysel değişken olan öz yeterlilik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hipertansiyon hastalarına sağlık davranışlarının kazandırılmasına yönelik müdahale programları hazırlanırken ya da bu hastaların sağlık davranışlarının altında yatan faktörler araştırılırken ailevi faktör olarak roller, bireysel faktör olarak öz yeterlilik üzerinde durulması da tavsiye edilir. Örneğin hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenirken ya da hastalara bu tür davranışları kazandırmaya yönelik uygulamalar planlarken roller ve öz yeterlilik ile ilgili özellikleri saptanarak hastalar bu konularda desteklenebilir.

Literatüre baktığımızda sağlık davranışları ve öz yeterlilik algısı arasındaki pozitif ilişkiyi temel alarak sağlıklı veya sağlık sorunları yaşayan kişilerin öz yeterlilik algılarını geliştirmeyi amaçlayan müdahale programları bulunmaktadır. Örneğin Becher

(2009), fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme odaklı ve okul tabanlı bir müdahale programına katılımın 13-18 yaş arası gençlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili öz yeterlilik algısını nasıl etkilediğini incelemiştir. Araştırmadan elde edilen bulguya göre uygulanan müdahale programının, gençlerin özellikle beslenme tercihiyle ilgili öz yeterlilik algılarında olumlu ve anlamlı değişikliklerin meydana gelmesini sağladığı görülmüştür. Başka bir uygulama örneği de Lorig ve arkadaşları (2001) yaptığı çalışmadır. Lorig ve arkadaşları (2001), 40 ve üstü yaş grubunda ve en az bir kronik hastalığı olan (kalp ve akciğer hastalıkları, inme ya da artrit), 831 hastanın katıldığı araştırmalarında, toplum tabanlı bir müdahale programının (Chronic Disease Self-Management Program) hastaların sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanım sıklığı ve öz yeterlilik algı düzeyleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Program dahilinde hastalara egzersiz, bilişsel belirti yönetim tekniklerinin kullanımı (rahatlama ve dikkatini başka yöne odaklama), sağlıklı beslenme, yorgunluk ve uyku yönetimi, ilaçların ve toplumsal kaynakların kullanımı, korku, kızgınlık ve depresyon duygularının yönetimi, doktor-hasta iletişimi, sağlıkla ilgili problemlerin çözümü ve karar verme ile ilgili eğitim verilmiştir. Uygulamanın sonucunda hastaların poliklinik ziyaretlerinde ve sağlık sıkıntılarında anlamlı düzeyde azalmalar, öz yeterlilik düzeylerinde ise anlamlı düzeyde artış olmuştur. Araştırmadan elde edilen bir bulgu da hastaların 1 yıl içinde sağlık hizmetinden yararlanma sıklığındaki azalmanın artan öz yeterlilik algısı ile güçlü korelasyon göstermesidir.

Aile işlevselliğinin, özellikle roller boyutunda; bu çalışmadaki hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerinde oynadığı rol göz önüne alındığında; hipertansiyon hastalarının tedavisine aile üyelerinin katılmasının önemi görülmektedir. Özellikle aile üyelerinin; hipertansiyon tedavisine uyumda oynadıkları önemli rol hakkında bilgilendirilmeleri ve aile içindeki rollerin yerine getirilmesinde desteklenmeleri faydalı olabilir. Kimi ailelerin de bir aile üyesi hipertansiyon gibi kronik bir hastalık geliştirdikten sonra ailece roller bazında uyumlarını sağlamaları açısından desteğe ihtiyaçları olabilir.

Literatüre baktığımızda aile temelli müdahale çalışmalarının çoğunlukla kronik hastalığı olan çocuklar ve ergenler ile ilgili olduğu görülmektedir. Demanslı yaşlılarla ilgili aile temelli müdahale araştırmaları artış gösterse de kardiyovasküler hastalık, insüline bağlı olmayan diyabet, astım, KOAH gibi yetişkin kronik hastalıklarıyla ilgili

bu tür çalışmalar yetersizdir. Çocuk ve ergenlere yönelik yapılan müdahale programları üç kategoride ele alınabilir. Birincisi hastalığın sebepleri, süreci ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalığın zamanla hasta bireyi ve aile ilişkilerini nasıl etkileyebildiği, problem çözme yöntemleri, sağlık hizmetlerine ve diğer kaynaklara nasıl ulaşılacağına dair psikoëitimsel müdahaleler (Bartholomew ve arkadaşlar, 1997; Hood, Rohan, Peterson ve Drotar, 2010). İkincisi aile ilişkilerinin kalitesini ve işlevselliğini geliştirmeye yönelik müdahaleler (Kazak, Penati, Brophy ve Hİmelstein, 1998). Son olarak aile işlevselliği ciddi boyutlarda sıkıntılı olan ailelere yönelik aile terapisi uygulamalarıdır. Aile temelli müdahale programları yalnızca sağlık ile ilgili konulara değinmemeli, aileyi, aile yapısını ve çevresini de araştırmalı ve aile içinde yakın ve destekleyici bir ortamın oluşturulmasına değinmelidir.

KAYNAKLAR

- Akar, H. (Ed.). (2007). 9. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi'nde sunulan bildiri: *Hipertansiyon Tedavisinde Kalsiyum Kanal Blokerlerinin Yeri*. Kuşadası, Aydın.
- Akbaş, A., & Çelikkaleli, Ö. (2006). Sınıf öğretmeni adaylarının fen öğretimi öz yeterlilik inançlarının cinsiyet, öğrenim türü ve üniversitelerine göre incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, 98-110.
- Akfert, S. K., Çakıcı, E., & Çakıcı, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 40-47.
- Akman, M., Budak, Ş., & Kendir, M. (2004). Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. *Marmara Medical Journal*, 17, 113-120.
- Aksayan, S., & Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 35-42.
- Aksoy, T. (2010). *Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 267394).
- Aksüllü, N., & Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., ... Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (Özet). Erişim http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf.
- Annesi, J. J., Unruh, J. L., & Whitaker, A. C. (2007). Relations of changes in self-efficacy, exercise attendance, mood, and perceived and actual physical changes in obese women: Assessing treatment effects using tenets of self-efficacy theory. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 1, 72-85.

- Appel, L. J., Brands, M. W., Daniels, S. R., Karanja, N., Elmer, P. J., & Sacks, F. M. (2006). Dietary approaches to prevent and treat hypertension: A scientific statement from the *American Heart Association*. *Hypertension*, 47, 296-308.
- Ay, A. (2007). *Hipertansiyonlu hastalarda anjiyotensinojen m235t/t174m gen polimorfizminin araştırılması*. (Yüksek lisans tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 203429).
- Ateş, K. (Ed.). (2009). 11. Ulusal hipertansiyon ve böbrek hastalıkları kongresi'nde sunulan bildiri: *Vakalarla sekonder hipertansiyon*. Antalya.
- Babalık, E. (2005). Hipertansiyon Patofizyolojisi, *Klinik Gelişim*, 18, 25-32.
- Babatsikou, F., & Zavitsanou, A. (2010). Epidemiology of hypertension in the elderly. *Health Science Journal*, 4, 24-30.
- Bahar, Z., Beşer , A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 1-13.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-164.
- Barker, D. (2012). High Blood Pressure. Erişim <http://www.thebarkertheory.org/index.php>.
- Barnes, L. L., Mendes de Leon, C. F., Wilson, R. S., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and Whites. *American Academy of Neurology*, 63, 2322-2326.
- Bartholomew, L. K., Czyzewski, D. I., Percel, G. S., Swank, P. R., & Sochrider, M. M. (1997). Self-management of cystic fibrosis: Short-term outcomes of the cystic fibrosis family education program. *Health Education and Behavior*, 24, 652-666.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25, 1-6.
- Blood Pressure Association. (2008). Why salt is bad? Erişim <http://www.bpassoc.org.uk/microsites/salt/Home/Whysaltisbad>

- Boonyaleepun, S., Tassniyom, N., Laohasiriwong, W., Barry, J., & Puttapitukpol, S. (2007). Self-efficacy and health behavior development of is an aids patients receiving antiretroviral therapy: A proactive strategy for health personnel. *Educational Journal of Thailand, 1*, 21-32.
- Borrell, L. N. (2009). Race, ethnicity, and self-reportedhypertension: Analysis of data from the national health interview survey, 1997-2005. *American Journal of Public Health, 99*, 313-319.
- Boylu, Ö. (2006). *Niğde ili Kemerhisar Kasabası' ndaki 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevelansı ve farkındalık durumu*. (Yüksek lisans tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 192406).
- Brion, P., Mongeau, J-G., & Bertrand, D. (1976). Familial aggregation of blood pressure in 558 adopted children. *Canadian Medical Association Journal, 115*, 773-774.
- British Hypertension Society. (2004). Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British hypertension society 2004-BSH IV. *Journal of Human Hypertension, 18*, 139–185.
- Bulut, I. (1993). *Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi*. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları.
- Burchard, E. G., Ziv, E., Coyle, N., Gomez, S. L., Tang, H., Karter, A. J., ...Risch, N. (2003). The importance of race and ethnic background in biomedical research and clinical practice. *New England Journal of Medicine, 348*, 1170–75.
- Burger, J. (2004). *Kişilik*. (İ. D. E. Sarioğlu, Trans.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Burt, V. L., Cutler, J. A., Higgins, M., Horan, M. J., Labarthe, D., Whelton, P., ... Rocella, E. J. (1995). Trends in theprevalence, awareness, treatment, andcontrol of hypertension in adult US population. Date from the Health Examination Surveys, 1960 to 1991. *Journal of theAmericanHeartAssociation, 26*, 60-69.
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 263-281.
- Cappuccio, F. P., Elliott, P., Allender, P. S., Pryer, J., Follman, D. A., & Cutler, J. A. (1995). Epidemiologic association between dietary calcium intake and blood pressure: A meta-analysis of published data. *American Journal of Epidemiology, 142*, 935-945.

- Carels, R., Sherwood, A., & Blumenthal, J. (1998). Psychosocial influence on blood pressure during daily life. *International Journal of Psychophysiology*, 28, 117-129.
- Carretero, O.A., & Oparil, S. (2000). Essential hypertension: Part II: Treatment. *Journal of American Heart Association*, 101, 446-453.
- Cingil, D., Delen, S., & Aksuoğlu, A. (2009). Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ila kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37, 551-556.
- Colhoun, H. M., Hemingway, H., & Poulter, N. R. (1998). Socio-economic status and blood pressure: An overview analysis. *Journal of Human Hypertension*, 12, 91-110.
- Conen, D., Glynn, R. J., Ridker, P. M., Buring, J. E., & Albert, M. A. (2009). Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *European Heart Journal*, 30, 1378-1384.
- Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 104-113.
- Craig, A., Bartrop, R., Lal, S., Henderson, R., Hart, M., & Hunyor, S. (2001). Optimizing blood pressure reduction: Predicting success in the home environment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8, 33-40.
- akmak, H. A., Arslan, E., & Erdine, S. (2009). Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37, 1-4.
- elik, C., & zdemir, B. (2010). Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 52-65.
- Çöl, M., zdemir, O., & Ocaktan, M. E. (2006). Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 59, 144-150.
- Dalak, H. (2010). *Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 267287).
- Dallos, R., & Draper, R. (2000). *An introduction to family therapy: Systemic theory and practise*. (2nd ed.). New York, NY: Open University Press.

- Demirağ, S. (2009). Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 1, 58-65.
- Demirbudak, Y., Şirin, Ş., Barut, O., Özcan, İ., & Erdem, T. (2010). Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda tükürük sodyum ve potasyum değerlerinde meydana gelen değişiklikler. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 44, 153-158.
- Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., & Söylemez, A. (2007). Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 20, 29-36.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 2, 207-218.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2005). Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychology*, 24, 3-10.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10, 45-55.
- Elliott, P., Walker, L. L., Little M. P., Blair-West J. R., Shade, R. E., Lee, D. R., ... Denton, D. A. (2007). Change in salt intake affects blood pressure of chimpanzees: Implications for human populations. *Circulation*, 116, 1563-8.
- Emberson, J. R., & Bennett, D. A. (2006). Effect of alcohol on risk of coronary heart disease and stroke: causality, bias, or a bit of both? *Vascular Health and Risk Management*, 2, 239-249.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Ertekin, B. A. (2010). *Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 248634).
- Ertel, K. A., Glymour, M. M., & Berkman, L. F. (2008). Effect of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *American Journal of Public Health*, 98, 1215-1220.
- Eşkisu, M. (2009). *Liseli öğrencilerin zorbalık düzeyleri ile aile işlevleri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 270114).

- European Society of Hypertension, & European Society of Cardiology. (2007). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 28, 1462–1536.
- Fadıloğlu, Ç. (2009). *Kalp hastalıklarında sosyal destek* [Powerpoint slaytları]. Erişim <http://www.tkd.org.tr/SunuMerkezi/?s=2D5A3D58363C2A3538/>
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42, 233-253.
- Franks, M.M., Stephens, M. A. P., Rook, K. S., Franklin, B. A., Keteyian, S. J., & Artinian, N. T. (2006). Spouses' provision of health-related support and control to patients participating in cardiac rehabilitation. *Journal of Family Psychology*, 20, 311-318.
- Galloway, R. D. (2003). Health promotion: Causes, beliefs and measurements. *Clinical Medicine & Research*, 1, 249-258.
- Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., & Üçok, K. (2011). Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 145-150.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2000). *Family therapy an overview*. (5th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, M. A., Hassoy, H., Açıkel, C., Taşçı, İ., & Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 172-179.
- Gözüm, S., & Bağ, B. (1998). Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 32-43.
- Gözüm, S. & Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun yapı geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 21-34.
- Groppelli, A., Giorgi, D. M., Omboni, S., Parati, G., & Mancia G. (1992). Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *Journal of Hypertension*, 5, 595-599.
- Günay, G., & Bener, Ö. (2011). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3, 157-171.

- Güni, Ö. (2005). *Kanserli birey ve ailelerinin sosyal destek algılarının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 159920).
- Gürel, F. (2009). Hipertansiyon ve sağlıklı yaşam. *Sağlık Yaşam Tarzı Dergisi, Tanıtım Sayısı*, 1-7.
- Güven, S., Şener, A., & Yıldırım, B. (2011). Eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısı. *E-Dergi Hacettepe Üniversitesi*. Erişim www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler_cerceve.htm.
- Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda tedaviyi etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8, 167-172.
- Hartley, T. R., Sung, B. H., Pincomb, G. A., Whitsett, T. L., Wilson, M. F., & Lovallo, W. R. (2000). Hypertension Risk Status and Effect of Caffeine on Blood Pressure. *Journal of Hypertension*, 36, 137-14.
- Haveman-Nies, A., de Groot, L.(C.) P. G. M., Burema, J., Cruz, A. J. A., Osler, M., & van Staveren, W. A. (2002). Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans (The SENECA Study). *American Journal of Epidemiology*, 156, 962–968.
- He, F. J., & MacGregor, G. A. (2003). How Far Should Salt Intake Be Reduced? *Journal of Hypertension*, 42, 1093-1099.
- He, F. J., & MacGregor, G. A. (2007). Salt, blood pressure and cardiovascular disease. *Current Opinion in Cardiology*, 4, 298-305.
- Herzer, M., Godiwala, N. B. S., Hommel, K. A., Driscoll, K., Mitchell, M., Crosby, L. E., ... Modi, A. C. (2010). Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31, 1-14.
- Hood, K. K., Rohan, J. M., Peterson, C. M., & Drotar, D. (2010). Interventions with adherence-promoting components in pediatric type 1 diabetes. *Journal of the American Diabetes Association*, 33, 1658–1664.
- Hooper, L., Bartlett, C., Davey, S. G., & Ebrahim, S. (2009). *Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease* (2nd ed.). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2009.

- Hu, G., Barengo, N. C., Tuomilehto, J., Lakka, T. A., Nissinen, A., & Jousilahti, P. (2004). Relationship of physical activity and body mass index to the risk of hypertension: A prospective study in Finland. *Hypertension*, *43*, 25-30.
- Ijzerman, R. G., Serne, E. H., Van Weissenbruch, M. M., De Jongh, R. T., & Stehouwer, C. D. A. (2003). Cigarette smoking is associated with an acute impairment of microvascular function in humans. *Clinical Science*, *104*, 247–252.
- Intersalt Cooperative Research Group. (1988). Intersalt: An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *British Medical Journal*, *297*, 319-328.
- İlerigelen, B. (2005). Hipertansiyon tedavisi. *Klinik Gelişim*, *18*, 33-41.
- İmamoğlu, E. O. (1991). *Aile içinde kadın-erkek rolleri*. Türk Aile Ansiklopedisi. Ankara: Türkiye Yazarlar Birliği Vakfı.
- Jee, S. H. A., Miller III, E. R., Guallar, E., Singh, V. K., Appel, L. G., & Klag, M. J. (2002). The effect of magnesium supplementation on blood pressure: A meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Hypertension*, *15*, 691–696.
- Kalan, M. K. (2007). Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaç değişimleri, bu değişimlerin nedenleri ve ilaç değişimleri ile hedef tedavi değerlerine ulaşma oranlarının incelenmesi. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Sağlık Müdürlüğü Web Sitesi.
- Kazak AE, Penati B, Brophy P, & Himelstein B. (1998). Pharmacologic and psychologic interventions for procedural pain. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, *102*, 59-66.
- Kearney, P., Whelton M., Reynolds K., Muntner, P., Whelton, P., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, *365*, 217–223.
- Kes, D. (2009). *Koroner arter bypass greftleme ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve aile işlevlerinin kanser ameliyatı geçiren hasta grubu ile karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 248173).
- Kızıler, E. (2007). *Kanserli çocuğu olan ailelerin sosyal destek algısı, umutsuzluk ve baş etme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Erişim Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 224366).
- Knox, S. (1993). Perception of social support and blood pressure in young men.

Perceptual & Motor Skills, 77, 132-4.

- Kramer, H., Han, C., Post, W., Goff, D., Diez-Roux, A., Cooper, R., ... Shea, S. (2004). Racial/ethnic differences in hypertension and hypertension treatment and control in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *American Journal of Hypertension*, 17, 963–970.
- Kulakçı, H., Ayyıldız, T. K., Emiroğlu, O. N., & Köroğlu, E. (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (2). Erişim http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/92/53-64_kulakci.pdf.
- Lepore, S., Allen, K., & Evans, G. (1993). Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. *Psychosomatic Medicine*, 55, 518-524.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A critical introduction*. USA, NY: Cambridge University Press.
- Margolis, K. L., Ray, R. M., Horn, L. V., Manson, J. E., Allison, M. A., Black, H. R., ... Torner, J. C. (2008). Effect of calcium and vitamin d supplementation on blood pressure: The women's health initiative randomized trial. *Journal of Hypertension*, 52, 847–855.
- Martin, M. Y., Person, S. D., Kratt, P., Patterson, H. P., Kim, Y., Salas, M., & Pisu, M. (2008). Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African–American women. *Patient Education and Counseling* 72, 137–145.
- Mattioli, A. V. (2007). Coffee and caffeine effects on hypertension. *Current Hypertension Reviews*, 3, 250-254.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment, and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189.
- Mizushima, S., Cappuccio, F. P., Nicholas, R., & Elliot, P. (1998). Dietary magnesium

- intake and blood pressure: A qualitative overview of the observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 12, 447–453.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2004). *Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* (NIH Publication No. 04-5230). Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2006). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH* (NIH Publication No. 06-4082). Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute.
- Nejad, K.Z., Luyckx, V.A., & Brenner, B.M. (2006). Adult hypertension and kidney disease. The role of fetal programming. *Hypertension*, 47, 502-508.
- Neter, J. E., Stam, B. E., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 42, 878-884.
- Noordzij, M., Uiterwaal, C. S.P.M., Arends, L. R., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2005). Blood pressure response to chronic intake of coffee and caffeine: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 23, 921–928.
- Okyavuz, Ü. H. (1999). *Sağlık Psikolojisi Giriş*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Onat, A., Hergenç, G., Küçükdurmaz, Z., Bulur, S., Kaya, Z., & Can, G. (2007). Fizik aktivitenin Türk Yetişkinlerini metabolik bozukluklardan koruduğuna ilişkin ileriye dönük kanıt. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 8, 467-474.
- Ong, K. L., Cheung, B. M. J., Man, Y. B., Lau, C. P., & Lam, K. S. L. (2007). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. *Journal of the American Heart Association*, 49, 69-75.
- Oskay, E. M., Fatih M. Ö., & Topuzoğlu, A. (2010). İzmir'de bir sağlık ocağına başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11, 3-9.
- Öksüz, E. (2004). Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13, 99-104.
- Öngen, Z. (Ed.). (1997). Sistemik Arter Hipertansiyonu Sempozyumu'nda sunulan

- bildiri: *Esansiyel Hipertansiyonun Kliniği*. İstanbul.
- Özdemir, L., Sümer, H., Koçoğlu, G., & Polat, H.H. (2001). Sivas emek sağlık ocağı bölgesinde 30 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 9-14.
- Özerkan, F. (2000). Hipertansiyonun Etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*, 13, 329-332.
- Polat, M., & Yalçın, A. A. (2008). Anjiyotensin II reseptör blokerlerinin klinik kullanımı. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi*, 1, 13-22.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Player, M. S., King, D. E., Mainous, A. G., & Geesey, M. E. (2007). Psychosocial factors and progression from prehypertension to hypertension or coronary heart disease. *Annals of Family Medicine*, 5, 403-411.
- Rakic, V., Burke, V., & Beilin, L. J. (1999). Effects of coffee on ambulatory blood pressure in older men and women: A randomized controlled trial. *Journal of Hypertension*, 33, 869-873.
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Rozanski, A., Blumenthal, J., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G., Harsha, D., ... Lin, P-H. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine*, 344, 1-10.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Hipertansiyon ve egzersiz* (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730). Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon*. (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730). Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). *Türkiye'de bulaşıcı*

- olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları* (Sağlık Bakanlığı Yayın No. 809). Ankara: Anıl Matbaası.
- Savcı, A. B. (2006). *Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 196269).
- Şahin, D. (1999). Sosyal destek ve sağlık. In Okyayuz (Ed.), *Sağlık psikolojisi giriş* (pp. 79-106). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self- efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology, 19*, 487-495.
- Senemoğlu, N. (2012). *Gelişim, Öğrenme, Öğretim*. Ankara: Ayrıntı Matbaası.
- Süzer, Ö. *Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar* [PDF dokümanı]. Erişim http://www.ctf.edu.tr/farma/onersuzer/pdf/tr/07_Antihipertansif_ilaclar.pdf.
- Taylor, S. E. (2009), *Health Psychology* (7th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Companies.
- Tesfaye, F., Navi, N. G., Minh, H. V., Byass, P., Berhane, Y., Bonita, R., & Walls, S. (2007). Association between body mass index and blood pressure across three populations in Africa and Asia. *Journal of Human Hypertension, 21*, 28–37.
- Thrasher, J.F., Campbell, M.K., & Oates, V. (2004). Behavior-specific social support for healthy behaviors among african american church members: Applying optimal matching theory. *Health Education Behavior, 31*, 193-205.
- Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri, 4*, 193-201.
- Verheijden, M. W., Bakx, J. C., van Weel, C., Koelen, M. A., & van Staveren, W.A. (2005). Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition, 59*, 179-186.
- Vikrant, S., & Tiwari, S. C. (2001). Essential hypertension-Pathogenesis and pathophysiology. *Journal, Indian Academy of Clinical Medicine, 2*, 140-161.
- Türe, M., Kurt, İ., Yavuz, E., & Kürüm, T. (2005). Hipertansiyonun tahmini için çoklu tahmin modellerinin karşılaştırılması (Sinir ağları, lojistik regresyon ve esnek ayırma analizleri). *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 5*, 24-28.
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2008). *SALTürk Çalışması. Türk*

- toplumunda tuz tüketimi ve kan basınç çalışması* [PowerPoint slaytları]. Erişim www.turkhipertansiyon.org/pdf/salt_160608.ppt/
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2000). Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. Erişim <http://www.tkd.org.tr/menu/92/kilavuz/k03.htm>.
- Ünal, S., Kaya, B., Çekem, B., Özışık, I. H., Çakıl, G., & Kaya, M. (2004). Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *15*, 291-299.
- Üstün, O. (2010). Hipertansif hastalarda hedef tedavi değerlerine ulaşma oranlarının incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sağlık Müdürlüğü Web Sitesi.
- Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I, Battistelli M., ... Porcellati C. (1995). Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *Journal of Hypertension*, *13*, 1209-1215.
- Whelton, S. P., Chin, A., Xin, X., & He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine*, *136*, 493-503.
- World Health Organization. (1993). 1993 Guidelines for the management of mild hypertension. *Bulletin of the World Health Organization*, *71*, 503-517.
- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, *21*, 1983-1992.
- World Health Organization. (2005). Stop the global epidemic of chronic disease. Erişim <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr47/en/>
- World Health Organization (2007). *Reducing salt intake in populations*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases* (2nd ed.). Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2011). Hypertension. Erişim

http://www.searo.who.int/linkfiles/non_communicable_diseases_hypertension-fs.pdf.

World Health Organization. (2012a). Raised blood pressure: Situation and trends.

Erişim

http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/index.html.

World Health Organization (2012b). Obesity and overweight. Erişim

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Yalçın, B. M., & Yalçın, E. (2004). Esansiyel hipertansiyonda genetik etmenler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13, 9-11.

Yalçinkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 409-420.

Yan, L. L., Liu, K., Matthews, K. A., Daviglius, M. L., Ferguson, T. F., & Kiefe, C. L. (2003). Psychosocial factors and risk of hypertension: The coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *JAMA*, 290, 2138-2148.

Yardım, N., Gögen, S., & Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlıkın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünya'da ve Türkiye'de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 72, 29-35.

Yıldırım, A., & Ekinci, M. (2010). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 195-205.

Yılmaz, H. (2007). *Fenotip ve genotipleri ile metabolik sendrom laboratuvar ölçütleri bulunan hipertansif hastalardaki glukoz toleransının incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Sağlık Müdürlüğü Web Sitesi.

Yiğitbaş, Ç., & Yetkin, A. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlilik düzeyinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7, 6-13.

Yurdakul, S., & AYTEKİN, S. (2010). Kadınlarda hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38, 25-31.

Zhou, Z., Hu, D., & Chen, J. (2008). Association between obesity indices and blood

pressure or hypertension: which index is the best? *Public Health Nutrition*, 12, 1061–1071.

Xin, X., He, J., Frontini, M. A., Ogden, L. G., Motala, O. I., & Whelton, P. K. (2001). Effect of alcohol reduction on blood pressure. A meta analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 38, 1112-1117.

EK A:

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

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

| CÜMLELER | Hiçbir zaman | Bazen | Sık sık | Düzenli olarak |
|--|--------------|-------|---------|----------------|
| 1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım. | | | | |
| 2. Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim. | | | | |
| 3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım. | | | | |
| 4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım. | | | | |
| 5. Yeterince uyurum. | | | | |
| 6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim. | | | | |
| 7. İnsanları başarıları için takdir ederim. | | | | |
| 8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım. | | | | |
| 9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum. | | | | |
| 10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi). | | | | |
| 11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım. | | | | |
| 12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım. | | | | |
| 13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm. | | | | |
| 14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim. | | | | |
| 15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım. | | | | |
| 16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm. | | | | |
| 17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim. | | | | |
| | Hiçbir zaman | Bazen | Sık sık | Düzenli olarak |

| | | | | |
|---|---------------------|--------------|----------------|-----------------------|
| 18. Geleceğe umutla bakarım. | | | | |
| 19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım. | | | | |
| 20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim. | | | | |
| 21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda baksa bir sağlık personeline danışırım. | | | | |
| 22. Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım. | | | | |
| 23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm. | | | | |
| 24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim. | | | | |
| 25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır. | | | | |
| 26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim. | | | | |
| 27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım. | | | | |
| 28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım. | | | | |
| 29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım. | | | | |
| 30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım. | | | | |
| 31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum. | | | | |
| 32. Her gün 3-4 kez sut, yoğurt veya peynir yerim. | | | | |
| 33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim. | | | | |
| 34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim). | | | | |
| | Hiçbir zaman | Bazen | Sık sık | Düzenli olarak |
| 35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum | | | | |
| 37. Yakın dostlar edinmek için caba harcarım. | | | | |
| 38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim. | | | | |
| 39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım. | | | | |
| 40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim. | | | | |
| 41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım. | | | | |
| 42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım. | | | | |
| 43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım. | | | | |
| 44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum. | | | | |
| 45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım. | | | | |
| 46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım. | | | | |
| 47. Yorulmaktan kendimi korurum. | | | | |
| 48. İlahi bir gücün varlığına inanırım. | | | | |
| 49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim. | | | | |
| 50. Kahvaltı yaparım. | | | | |
| 51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım. | | | | |
| 52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım. | | | | |

EK:B**AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)**

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. **Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen seçenek doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| CÜMLELER: | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|---|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| 1.Ailece ev dışında program yapmakta güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız. | () | () | () | () |
| 2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz. | () | () | () | () |
| 3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir. | () | () | () | () |
| 4.Bizim evde, kişiler, verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler. | () | () | () | () |
| 5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler. | () | () | () | () |
| 6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz. | () | () | () | () |
| 7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız. | () | () | () | () |
| 8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız. | () | () | () | () |

| | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|--|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| 9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınıyoruz. | () | () | () | () |
| 10. Gerekğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız. | () | () | () | () |
| 11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz. | () | () | () | () |
| 12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız. | () | () | () | () |
| 13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler. | () | () | () | () |
| 14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir. | () | () | () | () |
| 15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur. | () | () | () | () |
| 16. Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar. | () | () | () | () |
| 17. Evde herkes başına buyuktur. | () | () | () | () |
| 18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler. | () | () | () | () |
| 19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz. | () | () | () | () |
| 20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz. | () | () | () | () |
| 21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz. | () | () | () | () |
| 22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz. | () | () | () | () |
| 23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor. | () | () | () | () |

| | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|---|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| 24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır. | () | () | () | () |
| 25.Bizim ailede herkes kendini düşünür. | () | () | () | () |
| 26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz. | () | () | () | () |
| 27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz. | () | () | () | () |
| 28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz. | () | () | () | () |
| 29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir. | () | () | () | () |
| 30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır. | () | () | () | () |
| 31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | () | () | () | () |
| 32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir. | () | () | () | () |
| 33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız. | () | () | () | () |
| 34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz. | () | () | () | () |
| 35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır. | () | () | () | () |
| 36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız | () | () | () | () |
| 37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz. | () | () | () | () |
| 38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz. | () | () | () | () |
| 39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır. | () | () | () | () |
| 40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız. | () | () | () | () |

| | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|--|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| 41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur. | () | () | () | () |
| 42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir. | () | () | () | () |
| 43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüz. | () | () | () | () |
| 44. Ailemizde hiçbir kural yoktur. | () | () | () | () |
| 45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir. | () | () | () | () |
| 46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz. | () | () | () | () |
| 47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz. | () | () | () | () |
| 47. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir. | () | () | () | () |
| 49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz. | () | () | () | () |
| 50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz. | () | () | () | () |
| 51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | () | () | () | () |
| 52. Sinirlenince birbirimize küseriz. | () | () | () | () |
| 53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez. | () | () | () | () |
| 54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz. | () | () | () | () |
| 55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir. | () | () | () | () |
| 56. Aile içinde birbirimize güveniriz. | () | () | () | () |

| | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz. | () | () | () | () |
| 58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz. | () | () | () | () |
| 59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz. | () | () | () | () |
| 60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız. | () | () | () | () |

EK C:

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarımın dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle hayır

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım).

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

| |
|--|
| <p>6. Arkadaşların bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |
| <p>7. İşler kötü gittiğinde arkadaşşıma güvenebilirim.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |
| <p>8. Sorunlarımı ailemle (örneğın; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) konuşabilirim.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |
| <p>9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |
| <p>10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |
| <p>11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğın; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) bana yardımcı olmaya isteklidir.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |
| <p>12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.</p> <p>Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet</p> |

EK D:
ÖZ - ETKİLİLİK - YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Yönerge

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüncelerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

| CÜMLELER | Beni hiç tanımlamıyor | Beni biraz tanımlıyor | Kararsızım | Beni iyi tanımlıyor | Beni çok iyi tanımlıyor |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim. | | | | | |
| 2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır. | | | | | |
| 3. Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapmaya kadar devam ederim. | | | | | |
| 4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım. | | | | | |
| 5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim. | | | | | |
| 6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım. | | | | | |
| 7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem. | | | | | |
| 8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim. | | | | | |
| 9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim. | | | | | |
| 10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim. | | | | | |
| 11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam. | | | | | |

| | Beni hiç tanımlamıyor | Beni biraz tanımlıyor | Kararsızım | Beni iyi tanımlıyor | Beni çok iyi tanımlıyor |
|---|-----------------------|-----------------------|------------|---------------------|-------------------------|
| 12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım. | | | | | |
| 13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder. | | | | | |
| 14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem. | | | | | |
| 15. Ben kendime güvenen bir insanım. | | | | | |
| 16. Kolaylıkla vazgeçerim. | | | | | |
| 17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam. | | | | | |
| 18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur. | | | | | |
| 19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim. | | | | | |
| 20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim. | | | | | |
| 21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem. | | | | | |
| 22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem. | | | | | |
| 23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım. | | | | | |

EK E:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz nedir? Kadın () Erkek ()

2. Kaç yaşındasınız? (.....)

3. Boy uzunluğunuz? (.....cm)

4. Kilonuz? (.....kg)

5. Medeni durumunuz nedir? Evli () Bekar () Dul ()

a. Evli iseniz kaç yıllık evlisiniz? (..... yıl ay)

6. Eğitim durumunuz nedir?

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Okur-yazar değil () | Okur-yazar () |
| İlkokul mezunu() | Ortaokul mezunu () |
| Lise mezunu () | Yüksekokul (2 yıllık) mezunu () |
| Üniversite (4 yıllık) mezunu () | Yüksek Lisans ve üstü mezunu () |

7. Çalışma durumunuz nedir?

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Ev hanımıyım çalışmıyorum () | Hastalığım nedeniyle çalışmıyorum () |
| İşsiz () | Emekli () |

a. Varsa mesleğiniz nedir? (.....)

8. Birlikte yaşadığınız kişiler?

(.....)

9. Ortalama toplam aylık aile geliriniz aşağıdaki gruplardan hangisine en yakındır?

a. 150 TL-550 TL

b. 551 TL-1000 TL

c. 1001-1500 TL

d. 1501 TL-3000 TL

e. 3001 TL-5000 TL

f. 5001 TL ve üstü

10. Gelir durumunuzu aşağıdakilerden en iyi hangisi tanımlıyor?

Gelirim giderlerimi karşılıyor ()

Gelirim giderime denk ()

Gelirim giderlerimi karşılamıyor ()

11. Sağlık sigortanız var mı?

Var () Yok ()

'Var' ise hangi sağlık sigortasını kullanıyorsunuz?

| | | |
|----------------|--------------------|-------------|
| SSK () | Emekli sandığı () | Bağ-kur () |
| Yeşil kart () | Özel sigorta () | Diğer () |

12. Hipertansiyon tanısını ne kadar zaman önce aldınız?

1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 10 yıldan fazla ()

13. Hipertansiyon dışında uzun süreli tedavi gerektiren başka bir hastalığınız var mı?

Evet () Hayır ()

Cevabınız 'Evet' ise lütfen hastalığınızı belirtiniz.

(.....)

14. Ailenizde sizden başka hipertansiyon tanısı almış olan var mı?

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

15. Hipertansiyon tedavisi için verilen ilaçlarınızı size söylendiği şekilde zamanında alıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

16. Bu ilaçları ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 10 yıldan fazla ()

17. Kan basıncınızı ne sıklıkla ölçersiniz?

| | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------|
| Günde 1-2 defa () | Haftada 1-2 defa () | Ayda 1-2 defa () |
| Yılda 1-2 defa () | Hiç ölçtürmüyorum () | |

18. Hipertansiyonunuz için tuz diyeti yapıyor musun?

Evet () Hayır ()

19. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet kullanıyorum () Kullanırdım, bıraktım ()

Hiç kullanmadım ()

20. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet kullanıyorum () Hayır kullanmıyorum ()

a. Eğer alkol kullanıyorsanız; kullandığınız alkol miktarı doktorunuzun tavsiye ettiği miktarı aşıyor mu?

Evet () Hayır ()

EK F:

OKAN ÜNİVERSİTESİ PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Araştırmanın amacı: Ülkemizdeki hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını saptamak ve bu davranışların bir grup psikolojik, sosyal ve ailevi faktörlerle ilişkisini incelemektir.

Prosedürler: Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde yaklaşık 30 dakikanızı alacak bir grup ölçek doldurmanız istenecektir.

Tehlikeler/Rahatsızlıklar: Çalışma süreci herhangi bir risk taşımamaktadır. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebepten dolayı rahatsız hissettiğiniz takdirde araştırmadan çekilebilirsiniz.

Beklenen yararlar: Araştırmanın sonuçları, hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine ilişkin etkenler konusunda bilgi sağlayarak, hipertansiyon hastaları için uygulamaların geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. İsteyen katılımcılara posta, e-posta veya faks yoluyla araştırmadan elde edilecek sonuçların kısa bir özeti gönderilecektir.

Gizlilik: Bu çalışma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcılardan toplanan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Ölçekler aracılığıyla bilgilerin toplanılması sırasında kişilerin isimleri alınmayacak veya kullanılmayacaktır. Sonuçların yayınlanması sırasında da katılımcıların isimleri verilmeyecektir.

Gönüllülük: Kişilerin bu çalışmaya katılımları tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ayrıca çalışmayla ilgili sormak istediğiniz tüm sorularınızı aşağıda adı geçen çalışma yürütücülerine sorabilirsiniz.

İletişime geçebileceğiniz kişi/kişiler: Katıldığımız çalışma ile ilgili daha fazla bilgi edinmek istediğiniz takdirde, Okan Üniversitesi Klinik Sağlık Yüksek Lisans Programı 2. Sınıf öğrencisi Pınar Şahin (Tel: 0534 810 98 65 / e-posta: pinarsahin34@hotmail.com) ve İstanbul Doğu Üniversitesi Öğretim Üyesi Nilüfer Kafescioğlu (Tel: 0216 544 55 55/1455, e-posta: nkafescioglu@dogus.edu.tr) ile temasa geçebilirsiniz

Araştırmadan elde edilecek sonuçları kısa özetinin size gönderilmesini istiyorsanız lütfen size ulaşabileceğimiz aşağıdaki temas bilgilerinden birini veriniz.

| | |
|---------------|--|
| Posta adresi | |
| E-posta | |
| Faks numarası | |

Eğer bu belgeyi okumuş, araştırmayla ilgili tüm sorularınıza tatmin edici cevaplar almış ve çalışmaya katılmaya karar vermişseniz lütfen bu formu imzalayınız.

Bu belgeyi okudum, araştırmayla ilgili tüm sorularıma cevaplar aldım ve çalışmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

Katılımcının İmzası:

Tarih:/...../.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:/...../.....