



# Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Belirlenmesi

Zekeriya Karadağ<sup>1</sup>, Yeliz Akkuş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kars

<sup>2</sup>Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kars

## Özet

**Amaç:** Bu çalışma hipertansiyon hastalarının hastalık algılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntemler:** Bu çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma bir ilçe Devlet Hastanesine başvuran 210 hipertansiyon hastası ile tamamlanmıştır. Veriler tanıtıcı bilgi formu ve Hastalık Algısı Ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 70.36±11.39, %40'ı okuryazar değil, %50'si erkektir. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları puan ortalaması süre akut-kronik 18.89±3.25, sonuçlar 19.86±4.72, kişisel kontrol 21.59±4.49, tedavi kontrolü 17.32±3.37, hastalığı anlayabilme 13.87±5.30, döngüsellik 13.33±3.49, duygusal temsiller 21.31±5.74 şeklindedir. Hastalık nedenleri boyutuna bakıldığında puan ortalamaları; psikolojik atıflar 23.71±4.26, risk etkenleri 24.92±5.85, bağıışıklık 9.30±2.95 ve kaza ya da şans 5.31±2.02'tir. Fiziksel aktivite yapma ve hipertansiyon ilacını düzenli kullanma değişkenlerinin Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından süre akut-kronik ve sonuçlar boyutunun, sigara kullanma değişkeninin risk etkenleri boyutunun düşük düzeyde anlamlı bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Sağlık bakım profesyonellerinin hipertansiyon hastalarının hastalık algısını belirlemesi, hastalığın kronik olduğu bu nedenle fiziksel aktivite yapma, ilacı düzenli kullanma ve sigarayı bırakma konusunda eğitim vermesi önerilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Algı; hemşirelik; hipertansiyon.

## Determination of Hypertensive Patients' Perceptions of Illness

### Abstract

**Objective:** The aim of this descriptive study was to determine hypertensive patients' perceptions of their illness and the factors affecting them.

**Methods:** This study was a descriptive study. The sample consisted of 210 hypertensive patients of a district state hospital. Data were collected using a descriptive characteristics form and the Illness Perception Questionnaire (IPQ).

**Results:** The mean age of participants was 70.36±11.39 years. Of participants, 40 percent were literate, and fifty percent were men. Participants had a mean IPQ subscale score of 18.89±3.25 (timeline acute-chronic), 19.86±4.72 (consequences), 21.59±4.49 (personal control), 17.32±3.37 (treatment control), 13.87±5.30 (illness comprehensibility), 13.33±3.49 (causal factors), and 21.31±5.74 (emotional representations). As for the scale of the causes of illness, participants had a mean subscale "psychological attributions," "risk factors," "immunity," and "accident or chance" score of 23.71±4.26, 24.92±5.85, 9.30±2.95, and 5.31±2.02, respectively. Adherence to medication and exercises significantly predicted the subscales of timeline acute-chronic and consequences at a low level, while tobacco use significantly predicted the subscale of risk factors at a low level.

**Conclusion:** Hypertension is a chronic illness. Therefore, healthcare professionals should identify how patients with hypertension perceive their illness and train them on adherence to medication and exercises and quitting smoking.

**Keywords:** Hypertension; nursing; perception.

Cite this article as: Karadağ Z, Akkuş Y. Determination of Hypertensive Patients' Perceptions of Illness. Turk J Cardiovasc Nurs 2020;11(26):111–118.

**İletişim (Correspondence):** Yeliz Akkuş. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kars

**Telefon (Phone):** +90 474 225 15 67 **E-Posta (E-mail):** yelizakkus@gmail.com

**Başvuru Tarihi (Submitted Date):** 14.07.2020 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 14.12.2020

©Copyright 2020 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.anatoljcardiol.com

**OPEN ACCESS** This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



Hipertansiyon (HT) dünyada ve Türkiye’de erişkin yaş grubunda oldukça sık görülen kronik bir hastalıktır. HT klinikte ardışık bakılan kan basıncı (KB) düzeylerinin 140/90 mmHg den daha yüksek olması olarak tanımlanır.<sup>[1]</sup> Hipertansiyonun sıklığı bireylerin yaşadığı yer, demografi, diyetin içeriği ve genetik bulgular zemininde farklılıklar göstermekle birlikte neden olduğu önemli sağlık sorunları açısından ciddi ve süregelen bir hastalıktır.<sup>[2]</sup> 2010 yılı itibarıyla dünyada hipertansiyon tanısı alan bireylerin sayısının 1.4 milyar olduğu, 2025 yılı itibarıyla yaklaşık olarak 1.6 milyar aşacağı tahmin edilmektedir.<sup>[3]</sup> Türkiye’de yapılan çalışmaya göre hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32.3 erkeklerde %28.4 ve toplamda ise %30.3 olarak belirlenmiştir.<sup>[4]</sup> Aynı çalışmada HT hastalarının %32.5’inin kırsal kesimde yaşadığı, HT farkındalık oranının kadınlarda %66.9, erkeklerde %40.6 tüm toplumda %54.7 olduğu belirlenmiştir. HT olan hastalarının tüm yaşam alanları ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. HT kalp yetmezliği, böbrek hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve miyokard enfarktüsü riskini artıran, mortalite ve morbidite oranı yüksek olan kronik bir hastalıktır.<sup>[5]</sup> Ayrıca HT hastalarında tedaviye uyum oranı genellikle %50-%70 arasında değişmektedir ve HT hastalarında diyet, egzersiz ve diğer nonfarmakolojik uygulamalara uyum düşüktür.<sup>[6,7]</sup> Bu nedenle son yıllarda birçok hastalıkta olduğu gibi hipertansiyon hastalarında da hastalık algısı kavramı önem kazanmaya başlamıştır.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanmaktadır.<sup>[8]</sup> Hastalık algısı kişinin hastalığa zihninde yüklediği anlamdır. Hastalık algısı, insanın tüm hayatını ve tedavi sürecini etkileyen bir kavramdır.<sup>[9]</sup> Hastalık algısı hastaların hastalıkları hakkındaki inançları, düşünceleri ve tutumlarıdır. Hastalık algısının bilişsel ve duygusal boyutu yer almaktadır. Bilişsel boyut, kimlik, zaman çizelgesi, sonuç, kontrol-tedavi, hastalığa uyumu; duygusal boyut ise distres, kızgınlık, öfke gibi negatif tutumları içerir.<sup>[10]</sup> Leventhal ve ark.<sup>[11]</sup> hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdiklerini ileri sürmüşler ve kendini denetleme (selfregulatory) kuramını geliştirmişlerdir. Bu kurama göre hastalar içsel ve dışsal bilgiler ışığında zihinlerinde hastalık tablosu ile ilgili şemalar oluştururlar. Hastalıkları aynı olan bireylerin hastalık algıları farklı olabileceği gibi sağlık profesyonellerinin de hastalığa ilişkin algıları farklılık göstermektedir.<sup>[12]</sup> Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının kan basıncı ve öz-bakım aktiviteleri ile ilişkisi belirlenmiştir ve bu parametreler üzerine etkili olduğu belirtilmiştir.<sup>[13]</sup> Ross ve arkadaşlarına göre hastalık algısı farmakolojik uygulamaların yanı sıra HT yönetiminde önemli bir etkidir.<sup>[14]</sup> Türkiye’de HT ve hastalık algısına ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Oğuz ve

ark.<sup>[15]</sup> (2016) çalışmasında HT hastalarında hastalık algısı ölçeği puanının yüksek olduğu ve hastalığın kronik olarak algılandığı saptanmıştır. Norfazilah ve ark.<sup>[16]</sup> (2013) çalışmasında HT hastalarında hastalık algısının Malay hastalarda yüksek olduğunu, aile öyküsü ve anksiyetenin hastalık algısını etkilediğini belirtmiştir. Kılıçkap ve ark.<sup>[17]</sup> (2018) yapmış olduğu meta-analizde kontrolsüz HT hasta oranının 11 milyon olduğu düşünüldüğünde, HT hastalarının hastalık algısı, ilaç, diyet ve egzersiz uyumu gibi çalışmaların daha fazla yapılması gerektiği, özellikle kırsal kesimdeki bireylerde de bu değerlendirmelerin yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bu çalışma hipertansiyon hastalarının hastalık algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma hipertansiyon hastalarının hastalık algılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında bir ilçe Devlet Hastanesinin dahiliye ve acil servis polikliniklerine başvuran 210 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Araştırmaya, çalışmanın yapıldığı süre içerisinde araştırmanın yürütüldüğü kliniklere başvuran, en az 6 ay önce hipertansiyon tanısı almış, 18 yaş üstü, iletişim kurulabilen araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Araştırmaya 38 kişi alınma kriterlerini sağlamadığı/kabul etmediği için alınmamıştır.

### Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Veriler tanıtıcı özellikler bilgi formu ve hastalık algısı ölçeği ile toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalara sorular sorularak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırma öncesi araştırmacı tarafından dahiliye polikliniğine başvuran 10 hastaya yüz yüze uygulama yapılmıştır. Ayrıca pilot uygulama için alınan hastaların verileri araştırma analizine dâhil edilmemiştir. Anlaşılmayan sorular tekrar incelenmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Çalışmada tanıtıcı bilgi formu ve hastalık algısı ölçeği yanıtlanma süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** Form, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması sonrasında sosyo-demografik, sağlık/hastalık ile ilgili özellikleri tanımlamak amacıyla oluşturulmuştur. Bilgi formu hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi), sağlık ve hastalık özellikleri (sigara ve alkol kullanımı, tanı alma yılı, kan basıncı, hiper-

tansiyona eşlik eden hastalık olma, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığa uyum, hipertansiyon tedavisi hakkında düşüncesi, düzenli ilaç kullanma, bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanma durumu, hipertansiyonun yan etkilerinin bilme durumu, hipertansiyon kontrol sıklığı, tansiyonunun ölçtürme sıklığı) içeren sorulardan oluşmaktadır.<sup>[16,17]</sup>

Hastalık algısı ölçeği (HAÖ): 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiştir.<sup>[18,19]</sup> HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır: Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutları.

**Hastalık Tipi Boyutu:** Sık görülen 14 hastalık belirtisi (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

**Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu:** Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Beşli likert tipi yanıtların verildiği 38 maddeden oluşur. Bu alt kategoriler; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçeği altı madde (1. 2. 3. 4. 5. 18. maddeler) ile oluşturulur ve kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel, episodik olarak gruplanır. Yüksek puan, hastalığın kronik algılandığını gösterir. Döngüsellik alt ölçeği dört madde (29. 30. 31. 32. maddeler) ile belirlenir ve yüksek puan hastalığın ya da durumun iniş çıkışlı durumunu ve döngüsel durumunu göstermektedir. Kişisel kontrol alt ölçeği altı madde (12. 13. 14. 15. 16. 17. maddeler) ile saptanır ve kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır ve puan yükseldikçe hastanın hastalığını kontrol edebildiğine dair algısının olduğu görülür. Tedavi kontrolü alt ölçeği beş maddeye (19. 20. 21. 22. 23. maddeler) verilen puanlarla saptanır ve bireyin uygulanan tedaviden göreceği yarara ilişkin inançlarını gösterir. Hastalığı algılayabilme (24. 25. 26. 27. 28. maddeler) beş madde ile puanlanır ve kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır dolayısıyla puanın artması, bireyin hastalığını anlayabildiğini göstermektedir. Sonuçlar alt ölçeği altı madde (6. 7. 8. 9. 10. 11. maddeler) ile saptanır ve kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası

etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Puan yükseldikçe, hastanın hastalığının negatif sonuçları olduğuna dair inancının da arttığını gösterir. Duygusal temsiller (33. 34. 35. 36. 37. 38. maddeler) altı madde ile saptanır ve kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. Puanın yükselmesi hastanın hastalığı ile ilgili negatif duygulanımlarını göstermektedir. Kısaca belirtmek gerekirse bu alt ölçeklerden yüksek puan alınması HT'nin kronik olarak algılandığı, öngörülemez olduğu, hayat kalitesini ciddi bir şekilde etkilediği, kişisel veya tedavi ile kontrol altına alınmasının mümkün olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır.<sup>[19]</sup>

**Hastalık Nedenleri Boyutu:** Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (madde 1, 8, 9, 10, 11, 12, 17) (örn. stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (madde 4, 13, 14, 15) (örn. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (madde 3, 17, 18) (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şanstır (madde 5, 16) (örn. kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Ölçek puanlandırılırken her bir madde için kişiden 1'den 5'e kadar (1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2: Böyle düşünmüyorum, 3: Kararsızım, 4: Böyle düşünüyorum, 5: Kesinlikle böyle düşünüyorum) puan vermesi istenilir. Test sounda tüm puanlar toplanılıp kişinin aldığı puan hesaplanır. "Hastalık Algısı Ölçeği"nden alınabilecek puanlar, min. ve max. Değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Bu ölçeğin "Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği" Kocaman ve ark.<sup>[9]</sup> tarafından yapılmıştır. Üç bölümün de iç tutarlılık alfa katsayılarının sırasıyla 0.89, 0.69-0.77, 0.25-0.72 olup, bu çalışmada cronbach alfa değerleri 0,53-0.76 arasındadır.

### Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 22.00 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normallik testleri, frekans, yüzde, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), kruskal wallis H testi, mann whitney U testi, LSD post hoc testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu anlamak amacıyla yapılan analizler sonucu Skewness ve Kurtosis değerlerinden Tedavi kontrol, Hastalığı anlayabilme ve Psikolojik temsiller hafif derecede çarpık olarak bulunmuş, geriye kalan tüm değerler -1.96 ile +1.96 aralığında bulunmuştur.

### Etik İlkeler

Bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması için bir Üniversitenin Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik

**Tablo 1.** Hastalık algısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımları

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
<b>Hastalık hakkındaki görüşler boyutu</b>					
Süre akut-kronik	210	8	25	18.89	3.25
Sonuçlar	210	8	30	19.86	4.72
Kişisel kontrol	210	9	30	21.59	4.49
Tedavi kontrol	210	3	25	17.32	3.37
Hastalığı anlayabilme	210	5	25	13.87	5.30
Süre döngüsel	210	4	20	13.33	3.49
Duygusal temsiller	210	6	30	21.31	5.74
<b>Hastalık Tipi</b>					
Belirti A	210	2	14	6.75	2.16
Belirti B	210	1	14	6.67	2.27
<b>Hastalık nedenleri boyutları</b>					
Risk etkenleri	210	10	35	24.92	5.85
Bağıışıklık	210	3	15	9.30	2.95
Kaza ya da şans	210	1	10	5.31	2.02
Psikolojik atıflar	210	9	30	23.71	4.26

Kurulu Başkanlığı'ndan 28.03.2018 tarih ve 81 karar sayısı ile yazılı etik izin alınmıştır. Ayrıca araştırmacının yürütülebilmesi için ilgili kurumdan yazılı çalışma izni ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanım izni alınmıştır. Çalışmaya katılacak olan bireylere araştırmacının amacı anlatılarak yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hipertansiyon hastalarının çalışmaya katılmama kararının, onlara uygulanan hemşirelik girişimlerini etkilemeyeceği ve herhangi bir zamanda çalışmadan çekilebileceği bilgisi de verilmiştir.

## Bulgular

Hastaların yaş ortalaması  $70.36 \pm 11.39$ , %50'si erkek, %40'ı okuryazar değil, %54.8'i eşi ve çocuklarıyla yaşıyor, %55.8'i sigara kullanıyor, %64'ü herhangi bir fiziksel aktivite yapmıyor. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine bakıldığında; %55.7'sinin 10 yıl üzerinde hipertansiyon hastası olduğu ve 10 yıldan fazla süredir ilaç kullandığı, %87.9'unun hipertansiyon tedavisi gördüğü, %74.6'sı birden fazla ilaç kullandığı, %67.6'sının şu anda ne ilaç kullandığını hatırlamadığı, %94.6'sı verilen antihipertansif ilacı düzenli kullandığı, %92.5'i HT'nin önemli bir hastalık olmasından dolayı antihipertansif ilacı düzenli kullandığı, tedavi alanların %95.1'i ilaç bitiminde reçetelemeyi hemen yaptırdığı, reçetelenen ilaçları %94.7'si hemen ve %93.8'i önerilen dozda aldığını, %86.1'i alınması gereken saatte aldığını, %80.4'ü ilaç bilgilerini okumadığını, %85.1'i tansiyon ilacını hiç bırakmadığını, bırakanların %90.5'i (19 kişi) tansiyon ilacını kendi isteğiyle bıraktığını, %63.1'i hipertansiyon için yılda bir kontrole gittiğini, %63.5'i hipertansiyon kontrolü için aile sağlığı merkezine gittiğini, %90.3'ü hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gerektiğini, %54.3'ü hipertansiyon konu-

sunda herhangi bir hekim tarafından bilgilendirilmediğini, %66.2'sinin başka hastalığı olduğunu ve %86.5'inin ailesinde HT olduğunu, %78.1'inin evinde tansiyon aleti olmadığını, saptanmıştır. Ayrıca hastaların %52.9'u ilaçlarla birlikte sarımsağı HT kontrolü için kullandığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların "Hastalık Algısı Ölçeği" alt boyut puan ortalaması tablo 1'de verilmiştir.

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde "Süre akut-kronik" ve "Sonuçlar" boyutu üzerinde yalnızca fiziksel aktivite yapma ve hipertansiyon ilacını düzenli kullanma değişkenlerinin düşük düzeyde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Fiziksel aktivite yaptıkça ve hipertansiyon ilacını düzenli kullandıkça "Süre akut-kronik" ve "Sonuçlar" boyutu puanlarının azaldığı söylenebilir (Tablo 2).

Risk etkenleri boyutu üzerinde yalnızca "sigara kullanma durumu" değişkeninin anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir ( $\beta = -0.340$ ,  $p = 0.00$ ). Sigara kullanımı arttıkça risk etkenleri boyutu puanlarının azaldığı söylenebilir (Tablo 3).

## Tartışma

Bu çalışmada HT hastalarının hastalık algısı ve etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın yapıldığı ilde daha önce böyle bir çalışmanın yapılmamış olması nedeniyle bu çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında hastalık algısının birçok kronik hastalıkta değerlendirildiği, kısa hastalık algısı ölçeğinin daha yaygın kullanıldığı HT hastaları ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.<sup>[20]</sup>

Bu çalışmada hastaların hastalık hakkındaki görüşler bo-

yutuna bakıldığında süre (akut-kronik) puan ortalamasının 18.89±3.25, Ülkemizde Oğuz ve ark. (2016) HT hastalarında yaptığı çalışmada süre (akut-kronik) puan ortalamasının 24.92±5.58, Gündüz ve Karabulutlu'nun (2016) diyabetes mellitus (DM) hastalarında yaptığı çalışmada 17.68±1.74, Karabulut ve Gün'ün (2019) çalışmasında daha yüksek ol-

<b>Tablo 2. "Hastalık Hakkındaki Görüşler" alt ölçeği puanlarının bazı değişkenlerle ilişkisi</b>					
<b>Değişken</b>	<b>B</b>	<b>Standart hata</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Süre akut-kronik	Sabit	19.532	1.710	11.421	0.000
Yaş	-0.002	0.245	-0.001	-0.010	0.992
Cinsiyet	-0.214	0.526	-0.033	-0.407	0.685
Evde Tansiyon aleti olma durumu	-0.317	0.603	-0.038	-0.525	0.600
Sigara kullanma durumu	0.171	0.290	0.049	0.590	0.556
Fiziksel aktivite yapma durumu	1.474	0.495	0.237	<b>2.977</b>	<b>0.003</b>
Hipertansiyon tedavisi verilme durumu	0.407	0.613	0.052	0.665	0.507
Hipertansiyon ilacını düzenli kullanma	-2.869	1.095	-0.206	<b>-2.621</b>	<b>0.010</b>
R=0.316 R2=0.100					
F <sub>(7,178)</sub> =2.811 p=0.008					
<b>Sonuçlar</b>					
Sabit	24.566	2.420		10.150	0.000
Yaş	0.822	0.347	0.180	2.372	0.019
Cinsiyet	-0.196	0.745	-0.021	-0.263	0.793
Evde Tansiyon aleti olma durumu	0.452	0.853	0.039	0.529	0.597
Sigara kullanma durumu	0.348	0.411	0.071	0.846	0.399
Fiziksel aktivite yapma durumu	-1.546	0.701	-0.176	<b>-2.206</b>	<b>0.029</b>
Hipertansiyon tedavisi verilme durumu	-0.666	0.867	-0.060	-0.768	0.443
Hipertansiyon ilacını düzenli kullanma	-4.123	1.549	-0.209	<b>-2.661</b>	<b>0.008</b>
R=0.319 R2=0.102					
F <sub>(7,178)</sub> =2.882 p=0.007					
<b>Kişisel Kontrol</b>					
Sabit	21.742	2.354		9.235	0.000
Yaş	1.109	0.337	0.253	<b>3.290</b>	<b>0.001</b>
Cinsiyet	-0.072	0.724	-0.008	-0.100	0.920
Evde Tansiyon aleti olma durumu	0.169	0.830	0.015	0.204	0.838
Sigara kullanma durumu	0.365	0.400	0.077	0.913	0.362
Fiziksel aktivite yapma durumu	-0.652	0.682	-0.077	-0.956	0.340
Hipertansiyon tedavisi verilme durumu	-1.085	0.844	-0.102	-1.287	0.200
Hipertansiyon ilacını düzenli kullanma	-1.361	1.507	-0.072	-0.903	0.368
R=0.291 R2=0.085					
F <sub>(7,178)</sub> =2.359 p=0.025					

<b>Tablo 3. "Hastalık nedenleri boyutları" alt ölçeği puanının bazı değişkenlerle ilişkisi</b>					
<b>Değişken</b>	<b>B</b>	<b>Standart hata</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Risk etkenleri</b>					
Sabit	30.016	2.605		11.520	0.000
Yaş	0.507	0.373	0.100	1.359	0.176
Cinsiyet	-0.794	0.802	-0.076	-0.990	0.324
Evde Tansiyon aleti olma durumu	-0.150	0.918	-0.011	-0.163	0.871
Sigara kullanma durumu	-1.868	0.442	-0.340	<b>-4.224</b>	<b>0.000</b>
Fiziksel aktivite yapma durumu	-0.476	0.754	-0.048	-0.631	0.529
Hipertansiyon tedavisi verilme durumu	-0.546	0.934	-0.044	-0.585	0.559
Hipertansiyon ilacını düzenli kullanma	-0.107	1.668	-0.005	-0.064	0.949
R=0.407 R2=0.166					
F <sub>(7,178)</sub> =5.047 p=0.000					

duğu belirlenmiştir.<sup>[15,21,22]</sup> Bu verilere göre literatürle karşılaştırıldığında bu çalışmada hastaların hastalıklarını kronik algılamadığını göstermektedir. Bununla birlikte hastaların %72.8'inin en az 5 yıldır HT nedeniyle takipte olmasına rağmen kronik algılamamaları tartışmalıdır. Leelacharas ve ark.<sup>[23]</sup> (2015) da çalışmasında kırsal ve kentsel alanda yaşayan HT hastalarının hastalık algısını değerlendirmiş ve iki grubunda beş yıl üzerinde HT hastası olması nedeniyle iki grup arasında süre puan ortalaması arasında fark olmadığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapma ve HT ilacını düzenli kullanma durumunun süre akut-kronik alt boyutunun yordayıcısı olduğu görülmektedir. Bu çalışmada hastaların sadece %30.5'inin düzenli aktivite yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Sedarer yaşam tarzının ve fiziksel inaktivitenin HT için bağımsız risk faktörü olduğu kabul görmüş bir gerçektir. Ayrıca HT hastalarında kan basıncı kontrolünün sağlanması açısından fiziksel aktivite yapmanın yararlı olduğunu gösteren bulgular mevcuttur.<sup>[5]</sup> Hsiao ve ark.<sup>[24]</sup> (2012) çalışmasında ilaç uyumu ile hastalık algısı arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç hastalığı kronik olarak algılayanların hem düzenli fiziksel aktivite yaptığını ve HT ilacını düzenli kullandığını göstermektedir. Benzer şekilde Rajpura ve ark.<sup>[25]</sup> (2014) çalışmasında hastalık algısının ve ilaçla ilgili inançların ilaçla ilgili uyumu etkilediği belirtilmiştir.

Hastalığın tahmin edilebilirliğine (iniş-çıkış) yönelik fikir veren süre-döngüsellik puanlarına bakıldığında sonucun orta düzeyde ( $13.33 \pm 3.49$ ) olduğu söylenebilir. Benzer şekilde Karabulut ve Gün'ün (2019) perkütan coroner anjiyografi yapılan hastalarda da aynı sonuç bulunmuştur.<sup>[22]</sup> Afro-Amerikalı HT hastalarında hastalık algısının değerlendirildiği ve hastalık algısı ölçeği revize formunun kullanıldığı bir çalışmada döngüsellik puan ortalamasının 16 olduğu saptanmış ve sonuç nötral düzeyde olarak yorumlanmıştır.<sup>[26]</sup> Çalışmadaki bu bulgu da literatürdeki bu sonuç ile benzerdir.<sup>[15,21]</sup> Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalamasının düşük bulunması hastaların hastalıklarına ilişkin iniş-çıkışı algılamadıklarını göstermektedir.

Sonuçlar puan ortalaması  $19.86 \pm 4.72$  saptanmış olup literatürde HT hastalarında algı düzeyinin çalışıldığı benzer çalışmaların sonuç ortalamalarına göre daha yüksektir.<sup>[15,21]</sup> Bu çalışmadaki sonuç puan ortalamasının benzer çalışmalara göre yüksek olması, hastanın hastalığının negatif sonuçları olduğuna dair inancının da arttığını göstermesi nedeniyle olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel aktivite yapma ve HT ilacını düzenli kullanma durumu sonuçlar alt puanının negatif yordayıcısı olarak görülmektedir. Bu sonuca göre fiziksel aktivite yapan ve HT ilacını düzenli kullanan hastalarda negatif sonuçlar puanı düşmektedir. Oğuz ve ark.<sup>[7]</sup> (2019) çalışmasında egzersiz yapanlarda ilaç tedar-

visine uyumsuz olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada yaş bir yordayıcı olmamakla birlikte Hsiao ve ark.<sup>[24]</sup> (2012) yaşın sonuçlar puan ortalamasını anlamlı şekilde etkilediğini belirtmiştir.

Çalışmadaki hastaların kişisel kontrol puan ortalaması  $21.59 \pm 4.49$ , tedavi kontrolü puan  $17.32 \pm 3.32$  olarak elde edilmiştir. Bu sonuç hastaların hastalıklarının kendi çabaları ve önerilen ilaç tedavisinin düzenli kullanılması ile kontrol altına alınabileceğine yönelik güçlü bir algıları olduğunu göstermektedir.<sup>[26]</sup> Ülkemizde yapılan benzer çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında daha düşük sonuç olduğu belirlenmiştir.<sup>[15,21]</sup> Yaş kişisel kontrol puanının önemli bir yordayıcısı olup yaş arttıkça kişisel kontrol puanı artmaktadır. Bu çalışmada kişisel kontrol puanına cinsiyetin bir etkisi bulunmamakla birlikte Hsiao ve ark.<sup>[24]</sup> (2012) cinsiyetin kişisel kontrol puanını etkilediğini ve erkeklerin kadınlara göre kişisel kontrol puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Hastalığı algılayabilme puanlarına bakıldığında hastaların puan ortalamasının  $13.87 \pm 5.30$  olduğu, bu ortalamanın da hastaların yaşadıkları tabloyu orta-düşük düzeyde algılayabildiklerini göstermektedir. Oğuz ve ark.'larının<sup>[15]</sup> (2016) yaptıkları çalışmada hastalığı algılayabilme puan ortalaması  $18.86 \pm 5.85$  olarak elde edilmiştir. Çalışmadaki hastaların %40'ünün okuryazar olmadığı, %31.4'ünün sadece okuma yazma bildiği göz önünde bulundurulduğunda hastaların hastalığı anlayabilme düzeylerinin düşüklüğü daha anlaşılabilir olmaktadır. Gündüz ve Karabulutlu'nun (2016) DM'li hastalarda yürüttüğü çalışmada ise hastalığı anlayabilme puan ortalaması  $14.45 \pm 3.14$  olarak elde edilmiş olup bu sonuç hastaların yaşadıkları tabloyu algılayamadıkları şeklinde yorumlanmıştır.<sup>[21]</sup>

Çalışmanın duygusal temsiller puan ortalamasına bakıldığında  $21.31 \pm 5.74$  olduğu gözlenmektedir. Bu yüksek skorum da hastaların hastalıkla ilgili kızgınlık, korku, endişe ve depresyon gibi duygusal belirtileri yoğun olarak yaşadıklarını düşündürmektedir fakat bu çalışmada anksiyete ve depresyon ölçekleri kullanılmadığından bu konuda objektif bir değerlendirme yapmak zordur. Literatürde hemodializ hastaları ile yürütülen ve hastalık algısının araştırıldığı bir çalışmada duygusal temsiller puan ortalaması 19 civarında saptanmıştır ve bu sonuç yüksek olarak yorumlanmış, hastaların psikolojik anlamda stres altında olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.<sup>[27]</sup>

Hastalık alt tipi boyutuna bakıldığında belirti A puan ortalaması  $6.75 \pm 2.16$  ve belirti B puan ortalaması  $6.67 \pm 2.27$  olarak elde edilmiştir. Hastalık tipi boyutunda yüksek puan ortalaması hastanın klinik durumuna eşlik eden semptom sayısının yüksek olduğuna yönelik güçlü bir inancı oldu-

ğunu göstermektedir. Bu sonuçlar çalışmadaki hastaların deneyimledikleri tıbbi semptomların HT'ye bağlı olabileceğine ilişkin orta düzeyde inanca sahip olduklarını göstermektedir. Literatürde DM hastaları ile yapılan ve hastalık algısının değerlendirildiği bir çalışmada ortalama  $4.42 \pm 3.37$  skorunun semptomlarının DM ile ilişkili olduğuna dair orta düzey bir inancı gösterdiği belirtilmiştir.<sup>[28]</sup> Ülkemizde DM tanılı hastaların hastalık algısının araştırıldığı bir çalışmada belirti puan ortalaması  $7.48 \pm 3.09$  olarak saptanmış olup bu sonucun hastaların yaşadıkları belirtileri hastalıklarıyla ilişkilendirdiklerini desteklediği şeklinde yorumlanmıştır.<sup>[21]</sup>

Hastalık algısının hastalık nedenleri boyutuna bakıldığında göze çarpan ilk bulgu hastaların HT tablosuna neden olarak risk etkenleri ve psikolojik atıfları önemsendiğidir. Risk etkenleri puan ortalamasının  $24.92 \pm 5.85$  ve psikolojik atıflar puan ortalamasının  $23.71 \pm 4.26$  olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında HT nedenlerine yönelik algının araştırıldığı çalışmalarda duygusal durum, ruhsal yapı ve aile sorunları gibi yaşam stresi etmenlerinin yani psikolojik atıfların ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. İkinci sırada ise virüs, hastalığa yol açan mikroorganizmalar, çevre kirliliği gibi nedenleri içeren bağışıklık faktörünün yer aldığı saptanmıştır. Karabulut ve Gün'ün (2019) çalışmasında benzer şekilde risk etkenleri alt ölçeği en yüksek puana sahiptir.<sup>[23]</sup> Çalışmadaki sonuçlar literatürdeki bu verilerle kısmen benzerlik göstermektedir.<sup>[20]</sup> Hastalık nedenlerine yönelik algının araştırıldığı ve Tayvan'da 310 HT hastası ile yürütülen bir başka çalışmada hastalar HT nedeni olarak psikolojik atıflar ( $22.6 \pm 5.08$ ) ve risk etkenleri ( $18.55 \pm 3.97$ ) puan ortalamasını ilk iki sırada göstermişlerdir. Bağışıklık veya kaza/şans gibi faktörlerini HT'ye yol açtığına ilişkin görüşlerin oldukça az oranda belirtildiği saptanmıştır.<sup>[13]</sup> Bu çalışmada hem örneklem büyüklüğü hem hastalık nedenine yönelik algı sonuçları bakımından bu çalışma ile oldukça benzerlikler göstermektedir. Hastalık nedeni olarak psikolojik faktörlerin ön planda olmasının hastaların tedavi ve takiplere olan uyumlarına olumsuz etki edebilecek bir faktör olduğu ayrıca neden olarak risk faktörlerinin ön planda olduğunun düşünülmesinin daha iyi tedavi işbirliği sağladığı belirtilmektedir.<sup>[13]</sup> Ayrıca bu çalışmada sigara kullanma durumunun risk etkenleri boyutunun yordayıcısı olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada sigara içme durumu düzeltilmemiş modelde daha iyi tedavi kontrolü ile ilişkili bulundu, ancak örneklem büyüklüğünün az olması nedeniyle diğer değişkenlerin eklenmesi ile etkinin kaybolduğu belirtilmiştir.<sup>[29]</sup> Bu çalışmada hastaların %55.8'i sigara kullanmaktadır. Bu sonuç hastaların sigara kullanımını risk etkeni olarak gördüklerini ve almaları gereken önlem konusunda daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece bir ilçe devlet hastanesine başvuran hastalarla ve bu hastaların vermiş oldukları cevaplarla sınırlıdır.

## Sonuç

Hipertansiyon tanısı konulan hastalarda sağlık kontrollerinde hastalık algılarının belirlenmesi, hastalık süreci ve tedavi hakkında eğitimler verilmesi ve karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilmiştir.

**Teşekkür:** Araştırmacılar çalışmaya katılan tüm hastalara teşekkür eder.

**Etik Kurul Onayı:** Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu. Karar No: 81; tarihi: 28.03.2018.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Yazarlık Katkıları:** Konsept: Z.K., Y.A.; Dizayn: Z.K., Y.A.; Veri Toplama veya İşleme: Z.K., Y.A.; Analiz veya Yorumlama: Z.K., Y.A.; Literatür Arama: Z.K., Y.A.; Yazan: Z.K., Y.A.

## Kaynaklar

1. Aydogdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. Turk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535–46. [\[CrossRef\]](#)
2. Ekim M. Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. Bozok Tıp Derg 2018;8(2):80–5.
3. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation 2016;134(6):441–50. [\[CrossRef\]](#)
4. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens 2005;23(10):1817–23. [\[CrossRef\]](#)
5. Özpancar N. Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovas Nursing 2016;7(Suppl 1):2–11.
6. Koçoğlu D, Gedik S. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansif Bireylerin Hastalık Yönetimlerinin Değerlendirilmesi. ASOS Journal 2016;4(36):207–18. [\[CrossRef\]](#)
7. Oğuz S, Yanmış S, Yılmaz B, Atman R. Hipertansiyon Hastalarının İlaç ve Diyet Tedavisine Uyum Düzeyleri. J Cardiovasc Nurs 2019;1–7. [\[CrossRef\]](#)
8. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kansere Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2007;10:192–200.
9. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised Illness Perception Questionnaire. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8(4):271–80.

10. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60(6):631–7.
11. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach MA, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: Theoretical foundations. KJ Petrie, J Weinman, editors. *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 19–45.
12. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *HSP* 2015;2(3):271–84. [\[CrossRef\]](#)
13. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs* 2009;18(15):2234–44. [\[CrossRef\]](#)
14. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens* 2004;18(9):607–13. [\[CrossRef\]](#)
15. Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın YE, Çamcı G. Effect of Illness Perception of Individuals with Hypertension to Treatment and Diet Compliance. *Cumhuriyet Hemşirelik Derg* 2016;5(2):75–83.
16. Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH, et al. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. *Malays Fam Physician* 2013;8(3):19–25.
17. Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Kayıkçioğlu M, et al. Data on prevalence of hypertension and blood pressure in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2018;46(7):525–45.
18. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11(3):431–45. [\[CrossRef\]](#)
19. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002;17(1):1–16. [\[CrossRef\]](#)
20. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanetz H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health* 2015;30(11):1361–85. [\[CrossRef\]](#)
21. Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(2):106–15. [\[CrossRef\]](#)
22. Karabulut İ, Gün M. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2019;10(21):8–16. [\[CrossRef\]](#)
23. Leelacharas S, Kerdonfag P, Chontichachalalauk J, Sanongdej W. Illness perceptions, lifestyle behaviors, social support, and cardiovascular risks in people with hypertension in urban and rural areas of Thailand. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail* 2015;19(3):245–56.
24. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci* 2012;28(8):442–7. [\[CrossRef\]](#)
25. Rajpura JR, Nayak R. Role of illness perceptions and medication beliefs on medication compliance of elderly hypertensive cohorts. *J Pharm Pract* 2014;27(1):19–24. [\[CrossRef\]](#)
26. Pickett S, Allen W, Franklin M, Peters RM. Illness beliefs in African Americans with hypertension. *West J Nurs Res* 2014;36(2):152–70. [\[CrossRef\]](#)
27. Krespi MR, Küntüz İS. Effects of Psychosocial Factors on Emotional Wellbeing and Quality of Life Among Haemodialysis Patients. *Türkiye Klin J Intern Med* 2017;2(1):1–10. [\[CrossRef\]](#)
28. Al-Ghamdi S, Ahmad G, Hassan Ali A, Bahakim N, Alomran S, Alhowikan W, et al. Al Kharj diabetic patients' perception about diabetes mellitus using revised-illness perception questionnaire (IPQ-R). *BMC Fam Pract* 2018;19(1):21. [\[CrossRef\]](#)
29. Tiffe T, Morbach C, Rucker V, Gelbrich G, Wagner M, Faller H, et al. Impact of Patient Beliefs on Blood Pressure Control in the General Population: Findings from the Population-Based STAAB Cohort Study. *Int J Hypertens* 2019;2019:9385397.