

## Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Quality of Life and Self-Care Management in Hypertension Patient

Murat RUNA<sup>1</sup>, Arzu BAHAR<sup>2</sup>

### ÖZ

Araştırma hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım yönetimi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri 01.05.2022-01.08.2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırmada, veri toplama aracı olarak hasta tanıtım formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36-YKÖ) ve Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ) kullanıldı. Araştırmanın verileri SPSS 24.0 programında analiz edilerek verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzdelere, tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplar t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmaya dahil edilen hipertansiyonlu hastaların SF-36 YKÖ fiziksel fonksiyon alt boyutundan 77,55±5,98, fiziksel rol gücünü alt boyutundan 64,91±1,02, ağrı alt boyutundan 54,84±1,51 ve genel sağlık alt boyutundan 50,84±2,87 puan aldıkları belirlendi. Çalışmada hastaların ÖBYÖ genel puan ortalamasının 90,98±9,49, öz koruma alt boyutunun 43,24±4,14 ve sosyal koruma alt boyutunun ise 47,73±9,59 puan olduğu bulundu. Hastaların yaşam kalitesinin birçok alt boyutu ve ÖBYÖ genel puan ortalaması ile öz koruma ve sosyal koruma boyutları arasında negatif ve pozitif yönlü ilişki olduğu saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda hipertansiyonlu hasta gruplarıyla çalışan hemşirelerin belirli aralıklarla hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmeleri ve hastalara evde kan basıncı takibi, diyet, egzersiz gibi becerileri öğretmeleri önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, Öz bakım gücü, Hastalık yönetimi, Yaşam kalitesi

### ABSTRACT

The research was conducted as a descriptive and correlational study to examine the relationship between the quality of life and self-care management of patients diagnosed with hypertension. Research data were collected between 01.05.2022 and 01.08.2022. In the study, patient identification form, SF-36 Quality of Life Scale (SF-36-QLS), Self-Care Management Scale were used as data collection tools. The data of the study were analyzed in SPSS 24.0 program and frequency, percentages, one-way analysis of variance, independent groups t-test and Pearson correlation analysis were used to analyze the data. It was determined that patients with hypertension included in the study scored 77.55±5.98 points from the physical function subscale, 64.91±1.02 points from the physical role difficulty subscale, 54.84±1.51 points from the pain subscale, and 50.84±2.87 points from general health subscale of the SF-36-QLS. In the study, it was found that the overall score on the Self-Care Management Scale (SCMS) was 90.98±9.49, self-protection subscale was 43.24±4.14, and the social protection subscale was 47.73±9.59. It was determined that there was a negative and positive relationship between many sub-dimensions of the patients' quality of life and the general point average of the self-care management scale, self-protection and social protection dimensions. In line with these results, it was recommended that nurses working with hypertensive patient groups should periodically evaluate the patients' self-care power and quality of life, and teach the patients skills such as blood pressure monitoring, diet, and exercise at home.

**Keywords:** Hypertension, Self-care agency, Disease management, Life quality

*Bu çalışmanın etik kurul izni Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Etik Kurulu'ndan 13/04/2022 tarihli ve 153 sayılı karar ile alınmıştır. Okan Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Hemşirelik Anabilim Dalı*

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, Murat RUNA, İç Hastalıkları Hemşireliği, Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi A.D, murat.runa@gmail.com, ORCID: 0000 0001 8099 1040

<sup>2</sup>Doç.Dr., Arzu BAHAR, Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, arzbahar@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2132-1968

**İletişim / Corresponding Author:**  
**e-posta/e-mail:**

Arzu BAHAR  
arzbahar@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received:**  
**Kabul Tarihi/Accepted:**

27.12.2022  
13.09.2023

## GİRİŞ

Hipertansiyon (HT) insan sağlığını olumsuz etkileyen, yaşam süresini ve kalitesini azaltan, özellikle arteriyel kan basıncıdaki değişimlerle karakterize genetik, metabolik patolojiler ve çevresel faktörlerin neden olduğu önemli kronik hastalıklardan biridir.<sup>1,2</sup> Ayrıca HT, kronik ilerleyen bir prognoza sahip olması, böbrek hastalıkları, kalp yetersizliği, kardiyovasküler hastalıklar, inme, miyokard enfarktüsü gibi hedef organ hasarına neden olması nedeniyle önemli mortalite nedenleri arasında yer almaktadır.<sup>3,4</sup>

HT hem ülkemizde hem de dünyada kardiyovasküler hastalık ve renal hastalıkların oluşumunda risk faktörü olarak yer almakta ve dünya nüfusunun yaklaşık %25'ini etkilemektedir. Yapılan istatistikler HT'nin önemli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalarına göre 2025 yılında dünyadaki erişkin erkek nüfusunun %29'nun, kadınların ise %29,5'inin HT tanısı alacağı öngörülmüştür.<sup>5,6</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 yılındaki verilerine bakıldığında, Türkiye'deki tüm mortalite nedenlerinin %39,7'sinin kardiyovasküler sistem hastalıklarından köken aldığı ve bu nedenle meydana gelen ölümlerin %8,9'unun da HT kaynaklı olduğu bildirilmiştir.<sup>7-9</sup> HT komplikasyonlarının mortalite ve morbidite dışında, hastalığın prognozunu olumsuz etkilemesi yönünden tedavi ve bakım maliyetlerini de arttırdığı bulunmuştur. Konu ile ilgili olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) tarafından ulusal sağlık harcamalarının %75'inden fazlasının kardiyak hastalıkların tedavisine ayrıldığı bildirilmiştir. Bu nedenle hastalığın tedavisi komplikasyonların önlenmesi açısından da kritik bir öneme sahiptir.<sup>10,11</sup>

Günümüzde teknolojik değişimlere paralel olarak tanı ve tedavi alanında gelişmeler kaydedilmiştir. Bu durumun sonucu olarak kardiyak hastalıklara bağlı yaşam süresi de uzamıştır. Fakat burada önemli bir husus sağlık hizmetlerinde tek amaç yaşam süresinin uzatılması olmayıp, bireyin

terapötik rejimi yönetimindeki bilgi ve becerisini arttırarak kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamaktır.<sup>12,13</sup>

Sağlık bakımında yaşanan arz talep sonucu sağlık alanındaki yaşam kalitesi, günümüzde tüm toplumların ulaşmayı amaçladığı önemli evrensel bir amaç haline gelmiştir.<sup>14-16</sup> Ayrıca akut veya kronik hastalık durumlarında, yaşam kalitesinin artırılması, sağlık bakım hizmeti yöneticilerinin ve profesyonellerinin temel hedefleri arasında yer almaktadır.<sup>14,17</sup>

Öz bakım, bireyin kendi hayatını, iyilik durumu sürdürebilmek için kişi tarafından gerçekleştirilen davranış ve tutumların tümüdür. Hastaların tedavi ve bakımlarını yönetebilme becerisi olan öz bakım gücü, kişinin hastalığının tedavisine, kontrollerine, yaşam biçimi değişimlerine uyum sağladığı sürece istendik düzeyde olabilmektedir.<sup>18,19</sup> Sağlıklı ve düzenli bir öz bakım yönetimi sayesinde mortalite ve morbiditede azalmakta sonuç olarak bireyin yaşam kalitesi de yükselmektedir.<sup>20</sup> Son yıllarda kronik hasta sayısındaki artışına bağlı olarak sağlık profesyonellerinin kronik hastalık yönetimi konusuna ilgisi giderek artmıştır.<sup>21</sup>

Hemşireler HT hastalığının altında yatan problemleri ve olası nedenleri anlayabilen sağlık profesyonelleridir. Sonuç olarak ülkemizde ve dünyada HT, yaygın bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bireylerde hastalığın ciddiyetinin yeterince farkında olunmadığında özbakım ve yaşam kalitesinin olumsuz düzeyde etkilendiği görülmektedir.<sup>17,22</sup> Kişilerin sağlığını etkili bir şekilde sürdürebilmelerinde ve hastalık halinde sağlıklarına mümkün olan en kısa zamanda kavuşmalarında kritik rol oynayan hemşirelerin görevleri, sahada yalnızca kan basıncının ölçümünden ibaret değildir. Hemşirelere bilinmeyen vakaların belirlenmesinde, hastaların takip edilmesinde, tedavisinin sürdürülmesinde, hastanın öz bakım ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli sorumluluklar düşmektedir.<sup>1,15,16</sup> Hemşireler HT hastalarının öz bakımının güçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması

için, HT'nun tanınması ve değerlendirmesinde rol alarak erken tanının konulmasında etkin bir görev üstlenmektedirler.<sup>18</sup> Hemşireler hastaların takip edilmesi ve koordinasyonlarının sağlanmasında şüphesiz başrolde dirler.<sup>1,15</sup> Hemşireler hastalara HT yönetiminde kullanılan bilgi ve becerilerin doğru bir şekilde kullanımını sağlayarak hastaların öz bakım ve yaşam kalitesinin olumlu yönde değişmesine katkı sağlarlar. Ayrıca hemşireler HT hastalarının doğru, dengeli beslenmesine, egzersizlerini düzenli bir şekilde gerçekleştirmesine stres ve hastalıkla baş etmesine yardımcı olurlar.<sup>1,23,24</sup> İlaç tedavisinin hastalar tarafından doğru ve düzenli bir şekilde yürütülüp

yürütülemediğini takip ederek gerekli tedaviye ve hedeflere ulaşmada hastalara rehber olurlar. Hemşirelerin bu hedefleri gerçekleştirebilmeleri için HT tanısı almış hastaların öz bakım yönetim yeterliliği konusunda fikir sahibi olmaları gerekmektedir.

İlgili literatüre bakıldığında HT ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmakla birlikte öz bakım yönetimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışma konu ile ilgili literatüre katkı sağlama amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## MATERYAL VE METOT

### Araştırma Tasarımı

Araştırma hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım yönetimi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırma olarak yürütüldü.

### Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.05.2022-01.08.2022 tarihleri arasında, Malatya ili Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim Araştırma hastanesinin acil servis kliniğinde gerçekleştirildi.

### Örneklem Seçimi

Araştırma örneklemini basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen HT tanısı almış, acil servise başvuran, 0,05 yanılıgı, 0,95 güven kapsamında güç analizi sonucu belirlenen toplam 115 yetişkin hasta oluşturdu. Araştırmaya primer HT tanısı almamış ve iletişim sorunu olan hastalar dahil edilmedi.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hasta tanıtım formu, SF-36 YKÖ ve ÖBYÖ kullanıldı. Çalışmanın yürütülmesi için gerekli izinler alındıktan sonra, veriler hastalarla yüz yüze görüşme sağlanarak araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmada her bir anketin doldurulması için yapılan görüşmeler yaklaşık 20-25 dakika kadar sürdü.

### Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış form 26 sorudan oluşmaktadır.<sup>22,24-27</sup> Hasta tanıtım formunda cinsiyet, yaş, eğitim gibi sosyodemografik verilerinin yanı sıra, yaşam kalitesi ve öz bakım yönetimini etkileyeceği düşünülen soru maddeleri bulunmaktadır.

### Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ)

ÖBYÖ ilk kez kardiyak problemi olan bireyler için yapılmış olup, Jones L.C. tarafından geliştirilmiştir.<sup>28</sup> Ölçeğin Türkçe diline tercüme edilip uyarlanması ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması 2014'de Hançerlioğlu tarafından gerçekleştirilmiştir.<sup>18,28</sup> Ölçek toplam 35 soru, öz koruma ve sosyal koruma olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. ÖBYÖ'de puan yükseldikçe öz bakım yönetimi yükselmektedir. Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75'dir.<sup>18</sup> Çalışmada ÖBYÖ Cronbach alfa değeri 0,898 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları olan öz koruma kavramı, bireyin hastalığından dolayı tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerini ve bireyin kendi hastalığının olumsuz etkilerinden korumasını ifade ederken, sosyal koruma bireyin hastalığı ile sosyal çevresinin etkileşimini ifade etmektedir. Dolayısıyla yaş

artıkça öz koruma alanını daha çok benimsedikleri ve bu alanı daha iyi yönettikleri düşünülebilir.<sup>18,29</sup>

### SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ)

Ölçek bireylerin yaşam kalitesinin niteliğini belirlemek amacıyla Ware ve Sherbourne isimli araştırmacılar tarafından 1992 yılında hazırlanmıştır.<sup>30</sup> SF-36 YKÖ, 1995 yılında Pınar tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır.<sup>31</sup> Ölçek toplam 36 madde ve fizik ve mental olmak üzere iki temel boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca ölçekte fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması, ağrı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması, emosyonel, mental sağlık, genel sağlık algısı olmak üzere toplam sekiz alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde her bir alt boyutun puanı 0-100 puan arasında hesaplanmaktadır. Genel değerlendirmede ise ölçekteki her alt boyutun puanı arttıkça, total yaşam kalitesi de artış göstermektedir.<sup>30,32</sup> Ölçeğin Türkçe uyarlamasında SF-36 YKÖ Cronbach alfa değerleri, 0,81-0,92 aralığında olduğu bildirilmiştir.<sup>31</sup> Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0,84 olduğu bulundu.

### Veri Analizi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmanın veri analizinde oran, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Ayrıca araştırma varsayımları bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA),

Kruskall-Wallis varyans analizi ve Pearson korelasyon testi kullanılarak değerlendirildi. Hastaların SF-36 YKÖ ve ÖBYÖ puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi yapıldı. Bağımsız gruplarda normal dağılım gösteren iki grup arasındaki anlamlılık bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren üç ve daha fazla grubun karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile normal dağılım göstermeyen üç ve daha fazla grubun karşılaştırılması ise Kruskal-Wallis varyans analizi ile yapıldı. Yaşam kalitesi ve öz bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon testi uygulandı. Veriler %95 güven aralığında ve  $p < 0,05$  olarak değerlendirildi.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (13.04.2022 tarih ve 153 sayılı) etik kurul onayı, çalışmanın yürütüldüğü Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden kurum izni, çalışmada kullanılan ölçekler için yazarlardan ölçek izinleri alındı. Araştırmaya alınan hastalara gerekli açıklamalar yapılarak sözel ve yazılı onamları alındı.

### Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın tek bir kurumda gerçekleştirilmesi ve tek bir hasta grubunda yürütülmesi çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan HT hastalarının yaş ortalamasının  $66,79 \pm 12,10$  (Min-Max: 32-90 yaş), %53'ünün kadın, %97,4'ünün evli ve %46,1'inin okur yazar olmadığı ve %39'unun ise emekli olduğu saptandı. Hastaların HT tanısı alma yıl ortalamaları  $10,05 \pm 6,11$  (Min-Max: 1-39 yıl), %82,6'sının HT dışında komorbid başka bir kronik hastalığı olduğu; bu hastaların %29,6'sının diyabetes mellitus (DM),

%27,8'inin kronik kalp yetmezliği ve %20'sinin ise KOAH tanısı aldıkları belirlendi. Bireylerin son altı ayda düzenli olarak gerçekleştirdikleri poliklinik kontrol durumları değerlendirildiğinde hastaların %74,8'inin poliklinik kontrollerine düzenli geldiği, %53'ünün kan basıncını düzenli ölçtürdüğü, %67'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullanırken %29,5'inin ilaçları almayı bazen aksattıkları belirlendi. Hastaların

%98,3'ünün hastalığa ve hastalığın tedavisine ilişkin olarak bilgi aldıkları saptandı(Tablo 1).

**Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=115)**

Değişken	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	61,0	53,0
Erkek	54,0	47,0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	112,0	97,4
Bekar	3,0	2,6
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur yazar değil	53,0	46,1
İlkokul-ortaokul mezunu	48,0	41,7
Lise mezunu	10,0	8,7
Üniversite mezunu	4,0	3,5
<b>Meslek Durumu</b>		
Çalışmıyor	61,0	53,0
İşçi	3,0	2,6
Serbest Meslek	6,0	5,2
Memur	6,0	5,2
Emekli	39,0	33,9
<b>HT Dışındaki Diğer Kronik Hastalık Türü</b>		
Evet	95,0	82,6
Hayır	20,0	17,4
<b>HT Dışındaki Diğer Kronik Hastalık Türü</b>		
DM	34,0	29,6
Kronik kalp yetmezliği	32,0	27,8
KOAH	23,0	20,0
Kanser	6,0	5,2
Diğer	20,0	17,8
<b>Kan Basıncını Düzenli Ölçtürme Durumu</b>		
Evet	61,0	53,0
Hayır	54,0	47,0
<b>Düzenli Poliklinik Kontrolüne Gitme</b>		
Evet	86,0	74,8
Hayır	29,0	25,2
<b>İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu</b>		
Evet	77,0	67,0
Hayır	4,0	3,5
Bazen aksatıyorum	34,0	29,5
<b>Hastalığa İlişkin Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	113,0	98,3
Hayır	2,0	1,7
<b>Toplam</b>	<b>115,0</b>	<b>100,0</b>

/: Yüzde, DM: Diyabetes Mellitus, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

HT tanılı hastaların SF-36 YKÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, fiziksel fonksiyon alt

boyutundan 77,55±5,98, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan 64,91±1,02, ağrı alt boyutundan 54,84±1,51 ve genel sağlık boyutundan ise 50,84±2,87 puan aldıkları bulundu.

Hastaların ÖBYÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, ÖBYÖ toplam puanından 90,98±9,49, öz koruma alt boyutundan 43,24±4,14 ve sosyal koruma alt boyutundan 47,73±9,59 puan aldıkları belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 2. Hastaların SF- 36 YKÖ Alt Boyutları ve ÖBYÖKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları (N=115)**

Değişken	Min	Max	Ort/SS
<b>SF-36 YKÖ Alt Boyutları</b>			
Fiziksel Fonksiyon	9,0	27,0	77,55±5,98
Fiziksel Rol Güçlüğü	4,0	8,0	64,91±1,02
Ağrı	2,0	9,0	54,84±1,51
Genel Sağlık	5,0	17,0	50,84±2,87
Vitalite/Enerji	8,0	15,0	60,88±1,61
Sosyal Fonksiyon	2,0	8,0	47,83±1,61
Emosyonel Rol Güçlüğü	3,0	6,0	53,61±0,83
Mental Sağlık	10,0	18,0	84,87±1,53
<b>ÖBYÖ Alt Boyutları</b>			
Öz Koruma	26,0	51,0	43,24±4,14
Sosyal Koruma	23,0	65,0	47,73±9,59
Toplam Puan	65,0	111,0	90,98±9,49

Min: Minimum, Max: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

SF-36 YKÖ alt boyutları ile hastaların bazı değişkenlerinin ortalama, standart sapma ve karşılaştırma analizleri yapılmıştır (Tablo 3). Çalışmada, fiziksel fonksiyon alt boyutu ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum değişkenleri arasında istatistiksel açıdan önemli fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). 50 yaş ve altındaki hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının diğer yaş grubundaki HT hastalarından daha yüksek olduğu aynı zamanda kadınların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık boyutlarındaki puan ortalamalarının diğer gruba göre daha fazla olduğu belirlendi. Hastaların öğrenim durumları ile SF-36 YKÖ fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve mental sağlık boyutlarında lise

mezunu olan hasta gruplarının puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlendi. SF-36 YKÖ fiziksel fonksiyona bağlı rol gücünü alt boyutu ile yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu arasında anlamlı fark saptanırken ( $p<0,05$ ), ağrı alt boyutu ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

SF-36 YKÖ'nün diğer bir alt boyutu olan genel sağlık boyutu ile cinsiyet ve öğrenim durumu arasında anlamlı fark bulunurken, sosyal fonksiyon boyutunda sadece cinsiyet değişkeni arasında fark olduğu saptandı

**Tablo 3. Hastaların Bazı Özellikleri Göre SF-36 YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi (N=115)**

Hasta Özellik	Fiziksel Fonksiyon Ort±SD	Fiziksel Rol Güçlüğü Ort±SD	Ağrı Ort±SD	Genel Sağlık Ort±SD	Vitalite Enerji Ort±SD	Sosyal Fonksiyon Ort±SD	Emosyonel Rol Güçlüğü Ort±SD	Mental Sağlık Ort±SD
<b>Yaş</b>								
50 yaş ve altı	85,27±5,1 3	75,27±1,5 5	54,81±1,5 3	61,81±2,1 8	88,09±1,4 4	62,11±1,19	83,90±1,04	85,36±1,36
51-60 yaş	69,54±5,8 1	65,41±1,4 1	50,08±1,4 7	60,79±2,4 6	77,45±1,8 6	68,08±1,44	73,95±0,85	77,08±1,61
61-70 yaş	70,06±4,9 1	72,12±1,0 8	49,93±1,6 2	62,06±2,8 7	68,12±1,3 6	65,34±1,53	75,17±0,91	75,09±1,55
71-80 yaş	64,68±5,7 2	64,55±1,0 2	44,31±5,2 2	55,37±3,0 6	70,20±1,4 7	64,68±1,81	80,51±0,64	74,65±1,44
81 yaş ve üzeri	55,44±3,3 8	54,22±0,6 4	52,22±1,6 6	68,88±2,3 4	60,66±1,6 8	63,88±1,52	82,22±0,83	76,27±1,56
p ve F <sup>a</sup> değerleri	p=0,00* F <sup>a</sup> =10,19	p=0,04* F <sup>a</sup> =4,07	p=0,24 F <sup>a</sup> =1,38	p=0,48 F <sup>a</sup> =4,53	p=0,34 F <sup>a</sup> =2,62	p=0,34 F <sup>a</sup> =2,48	p=0,39 F <sup>a</sup> =2,72	p=0,02* F <sup>a</sup> =1,40
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	96,42±5,5 4	84,67±0,9 7	74,83±1,5 0	71,46±2,5 3	90,68±1,5 3	66,68±1,39	69,47±0,69	94,78±1,53
Erkek	88,75±6,2 7	75,18±1,3 7	71,85±1,5 3	69,25±3,1 8	91,11±1,6 6	52,00±1,82	63,77±0,94	72,98±0,21
p ve t <sup>b</sup> değerleri	p=0,02* t <sup>b</sup> =-2,11	p=0,00* t <sup>b</sup> =-2,35	p=0,86 t <sup>b</sup> =-0,65	p=0,01* t <sup>b</sup> =-1,47	p=0,44 t <sup>b</sup> =-1,46	p=0,02* t <sup>b</sup> =-1,03	p=0,97 t <sup>b</sup> =-1,96	p=0,04* t <sup>b</sup> =-0,68
<b>Öğrenim Durumu</b>								
Okur yazar değil	55,98±5,7 7	64,62±0,9 4	55,03±1,6 6	50,33±2,6 8	60,69±1,6 2	54,71±1,67	73,49±0,69	84,62±1,53
İlkokul ortaokul mezun	57,77±5,6 8	54,93±1,2 6	49,59±1,2 9	50,93±2,7 8	61,91±1,5 4	65,85±1,45	73,62±0,93	83,50±1,46
Lise mezun	90,25±4,1 4	75,90±1,4 4	44,70±1,4 9	73,30±2,6 2	51,75±2,2 1	68,80±1,68	64,00±0,81	94,50±1,43
Üniversite Mezun	67,40±7,6 3	60,05±1,4 1	52,50±1,9 1	65,25±4,5 7	50,88±1,6 0	63,75±1,70	68,25±0,95	85,36±1,00
p ve F <sup>a</sup> değerleri	p=0,002* F <sup>a</sup> =5,20	p=0,004* F <sup>a</sup> =4,80	p=0,400 F <sup>a</sup> =0,99	p=0,025* F <sup>a</sup> =3,23	p=0,408 F <sup>a</sup> =0,97	p=0,127 F <sup>a</sup> =1,94	p=0,129 F <sup>a</sup> =1,92	p=0,017* F <sup>a</sup> =3,53
<b>Medeni durum</b>								
Evli	101,47±5,94	88,89±1,1 9	44,83±1,5 1	90,86±1,7 3	92,90±1,6 1	94,86±1,62	73,59±0,82	94,89±1,15
Bekar	89,33±8,9 6	62,66±1,5 2	45,00±2,0 0	72,00±2,8 9	91,00±1,0 1	83,66±0,57	74,33±1,14	92,79±1,54
p ve t <sup>b</sup> değerleri	p=0,05* t <sup>b</sup> =0,-52	p=0,02* t <sup>b</sup> =0,-87	p=0,56 t <sup>b</sup> =-0,13	p=0,03* t <sup>b</sup> =-0,13	p=0,33 t <sup>b</sup> =0,84	p=0,002* t <sup>b</sup> =3,26	p=0,132 t <sup>b</sup> =-1,09	p=0,83 t <sup>b</sup> =0,81

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, \*  $p<0,05$  F<sup>a</sup>=tek yönlü varyans analizi t<sup>b</sup>=bağımsız gruplarda t testi

( $p < 0,05$ ). SF-36 YKÖ'nün bir başka boyutu olan mental sağlık alt boyutu ile hastaların yaş grupları, cinsiyet ve öğrenim durumları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3).

Hastaların hastalığa ilişkin bazı özellikleri ve SF-36 YKÖ alt boyutlarının ortalamaları

analiz edildi (Tablo 4). Yapılan istatistiksel analizlere göre hastaların hastalık yılı grupları, kronik sekonder hastalık varlığı ve hekime düzenli başvuru durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutu arasında önemli fark saptanmadı. Hastalık yılı 0-5 yıl olan hastaların fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık boyutlarındaki puan

**Tablo 4. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Özellikleri Göre SF-36 YKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının İncelenmesi (N=115)**

Hasta Özellikleri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite Enerji	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Hastalık yılı</b>								
0-5 yıl	99,62±5,83	75,41±1,45	54,96±1,63	81,72±2,58	71,17±1,69	55,41±1,54	45,41±1,45	85,06±1,57
6-10 yıl	86,87±5,49	74,59±0,97	55,35±1,33	70,19±2,78	60,80±1,70	49,51±1,48	52,59±0,97	75,03±1,47
11-20 yıl	76,81±6,03	64,81±1,12	49,43±1,42	61,85±2,85	68,71±1,45	44,72±1,59	54,81±0,98	74,81±1,46
21 yıl ve üzeri	72,50±7,91	70,59±1,09	46,83±1,94	65,16±1,45	57,16±2,01	64,50±2,34	55,00±1,09	73,66±1,96
p ve F <sup>a</sup>	p=0,02* F <sup>a</sup> =1,62	p=0,52 F <sup>a</sup> =2,65	p=0,06 F <sup>a</sup> =2,48	p=0,01* F <sup>a</sup> =1,71	p=0,03* F <sup>a</sup> =0,540	p=0,14 F <sup>a</sup> =1,84	p=0,32 F <sup>a</sup> =3,03	p=0,04* F <sup>a</sup> =2,65
<b>Kronik hastalık varlığı</b>								
Evet	86,81±5,91	64,75±1,06	55,88±1,49	50,54±2,80	80,82±1,61	74,76±1,60	83,53±0,78	94,78±1,57
Hayır	70,90±4,86	51,65±1,53	45,65±1,63	52,25±2,84	81,15±1,56	76,15±1,63	76,00±0,97	85,31±1,26
P ve t <sup>b</sup>	p=0,05* t <sup>b</sup> =-2,86	p=0,002* t <sup>b</sup> =-3,12	p=0,02* t <sup>b</sup> =-2,48	p=0,535 t <sup>b</sup> =-2,44	p=0,15 t <sup>b</sup> =-2,46	p=0,41 t <sup>b</sup> =-0,88	p=0,23 t <sup>b</sup> =-1,96	p=0,176 t <sup>b</sup> =-1,57
<b>Kan basıncını düzenli ölçtürme</b>								
Evet	77,82±6,01	45,81±1,23	62,92±1,16	50,53±2,61	80,96±1,73	64,71±1,76	83,60±0,78	98,67±1,65
Hayır	72,42±6,02	42,93±1,60	60,81±1,49	52,94±2,95	79,86±1,57	62,87±1,57	80,62±0,85	94,91±1,49
P ve t <sup>b</sup>	p=0,76 t <sup>b</sup> =0,30	p=0,77 t <sup>b</sup> =-0,07	p=0,73 t <sup>b</sup> =0,34	p=0,51 t <sup>b</sup> =0,33	p=0,76 t <sup>b</sup> =0,29	p=0,65 t <sup>b</sup> =-0,44	p=0,94 t <sup>b</sup> =-0,78	p=0,43 t <sup>b</sup> =-0,74
<b>İlaçları düzenli kullanma</b>								
Evet	75,60±8,61	42,80±1,09	53,60±1,81	70,91±2,89	59,20±2,04	80,00±1,00	78,60±0,89	93,60±1,16
Hayır	77,60±5,88	36,91±1,21	54,89±1,48	71,20±2,58	50,92±1,24	84,91±1,58	73,61±0,83	90,93±1,51
p ve t <sup>b</sup>	p=0,46 t <sup>b</sup> =-0,73	p=0,83 t <sup>b</sup> =-0,24	p=0,06 t <sup>b</sup> =-1,15	p=0,19 t <sup>b</sup> =-1,79	p=0,65 t <sup>b</sup> =0,28	p=0,92 t <sup>b</sup> =-4,98	p=0,96 t <sup>b</sup> =-0,45	p=0,06 t <sup>b</sup> =-1,78
<b>Hekime düzenli başvuru durumu</b>								
Evet	86,16±5,38	74,65±1,13	55,01±1,54	80,32±2,77	78,84±1,68	86,60±1,53	53,47±0,79	84,81±1,55
Hayır	71,55±5,94	61,68±1,07	46,34±1,32	62,34±2,64	58,00±1,36	78,51±1,66	54,03±0,82	86,0±1,48
p ve t <sup>b</sup>	p=0,01* t <sup>b</sup> =-4,53	p=0,00* t <sup>b</sup> =-4,31	p=0,40 t <sup>b</sup> =-2,29	p=0,001* t <sup>b</sup> =-3,41	p=0,001* t <sup>b</sup> =-3,51	p=0,001* t <sup>b</sup> =-3,24	p=0,12 t <sup>b</sup> =-2,61	p=0,43 t <sup>b</sup> =-0,75
<b>Hastalıkla ilgili bilgi alma</b>								
Evet	77,52±5,97	54,91±1,20	72,81±1,50	80,85±2,89	80,88±1,62	68,82±1,61	56,61±0,82	84,85±1,14
Hayır	75,50±9,19	49,00±1,41	69,50±0,70	72,00±1,41	75,00±0,12	65,50±2,12	49,00±1,41	76,01±1,13
P ve t <sup>b</sup>	p=0,99 t <sup>b</sup> =0,09	p=0,91 t <sup>b</sup> =-0,13	p=0,94 t <sup>b</sup> =-1,15	p=0,11 t <sup>b</sup> =-3,24	p=0,67 t <sup>b</sup> =0,82	p=0,92 t <sup>b</sup> =-1,21	p=0,51 t <sup>b</sup> =-0,38	p=0,29 t <sup>b</sup> =-1,04

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, \*  $p < 0,05$  F<sup>a</sup>=tek yönlü varyans analizi t<sup>b</sup>=bağımsız gruplarda t testi

ortalamalarının diğer hastalık yılı gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Fiziksel rol güçlüğü boyutu ile kronik hastalık varlığı ve düzenli hekime başvuru durumu ile, ağrı boyutunda ise sadece kronik

hastalık varlığı durumu arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Genel sağlık alt boyutu ve vitalite boyutları ile hastaların hastalık yıl grupları ve hekime başvuru durumları arasında anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Ayrıca mental sağlık boyutu ile hastalık yılı arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ).

Hekime düzenli başvuran, kontrollerini düzenli yaptıranların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının kontrollerini düzenli yaptırmayan grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).

**Tablo 5. Hastaların Hastalık Öyküsü, Hastalığın Tedavi ve Bakımını Yönetme Özelliklerine Göre ÖBYÖ Alt Boyutlarının İncelenmesi (N=115)**

Hasta Özellikleri	Öz Koruma Ort±SD	Sosyal Koruma Ort±SD	ÖBYÖ Toplam Ort±SD
<b>Yaş</b>			
50 yaş ve alı	56,81±2,40	44,63±10,60	101,44±4,25
51-60 yaş	43,37±5,19	45,95±9,42	93,18±3,24
61-70 yaş	44,81±2,85	44,48±10,66	89,29±3,86
71-80 yaş	41,93±3,09	53,60±8,59	94,53±4,82
81 yaş ve üzeri	40,11±4,25	43,50±3,82	83,61±7,18
p/F <sup>a</sup>	<b>p=0,00*</b> F <sup>a</sup> =8,16	<b>p=0,004*</b> F <sup>a</sup> =4,03	<b>p=0,01*</b> F <sup>a</sup> =4,58
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	42,91±4,01	49,78±8,71	92,69±12,35
Erkek	43,61±4,30	45,46±10,08	88,77±9,28
p/t <sup>b</sup>	p=0,37 t <sup>b</sup> =0,89	<b>p=0,016*</b> t <sup>b</sup> =2,54	p=0,09 t <sup>b</sup> =0,87
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Okur yazar değil	42,20±4,09	43,50±6,35	85,70±9,14
İlkokul ortaokul mezun	44,39±3,19	42,50±5,91	86,89±8,27
Lise mezun	42,50±5,38	39,80±10,19	82,30±4,11
Üniversite Mezun	42,56±5,91	42,38±8,17	84,94±12,98
p/F <sup>a</sup>	p=0,06 F <sup>a</sup> =2,58	p=0,12 F <sup>a</sup> =3,84	p=0,13 F <sup>a</sup> =2,98
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	53,23±4,16	47,76±9,58	100,99±12,34
Bekar	43,66±4,13	36,66±12,09	80,32±8,12
p/t <sup>b</sup>	<b>p=0,01*</b> t <sup>b</sup> =3,76	p=0,02 t <sup>b</sup> =1,25	p=0,39 t <sup>b</sup> =2,98
<b>Hastalık Yılı</b>			
0-5 yıl	43,79±4,73	44,00±8,87	87,79±13,60
6-10 yıl	42,96±3,93	50,22±8,42	93,18±12,35
11-20 yıl	43,50±3,98	48,45±10,55	91,95±14,53
21 yıl ve üzeri	43,24±4,13	47,16±6,43	90,40±10,56
p/F <sup>a</sup>	p=0,86 F <sup>a</sup> =0,25	p=0,77 F <sup>a</sup> =2,33	p=0,66 F <sup>a</sup> =3,23
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			
Evet	48,84±4,23	48,63±9,44	91,47±13,67
Hayır	42,15±3,16	43,50±9,40	88,65±12,56
p/F <sup>a</sup>	<b>p=0,02*</b> t <sup>b</sup> =-2,03	<b>p=0,029*</b> t <sup>b</sup> =2,21	<b>p=0,01*</b> t <sup>b</sup> =1,23
<b>İlaçları Düzenli Kullanma</b>			
Evet	44,72±3,58	50,37±8,83	94,09±12,41
Hayır	40,00±8,28	43,25±9,87	83,25±18,15
p/t <sup>b</sup>	<b>p=0,01*</b> t <sup>b</sup> =1,98	<b>p=0,001*</b> t <sup>b</sup> =1,56	<b>p=0,02*</b> t <sup>b</sup> =1,75
<b>Düzenli Kontrollere Gitme Durumu</b>			
Evet	43,25±4,18	47,77±9,66	91,02±13,84
Hayır	42,50±0,70	45,50±4,94	88,00±5,64
p/t <sup>b</sup>	<b>p=0,02*</b> t <sup>b</sup> =0,25	<b>p=0,041*</b> t <sup>b</sup> =0,33	<b>p=0,03*</b> t <sup>b</sup> =1,36

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, \*  $p<0,05$  F<sup>a</sup>=tek yönlü varyans analizi t<sup>b</sup>=bağımsız gruplarda t testi, ÖBYÖ=Öz Bakım Yönetimi Ölçeği



Çalışmadaki ÖBYÖ alt boyutları ile hastaların bazı sosyodemografik özellikleri hastalığa özgün özellikleri arasındaki puan ortalamaları

incelendi. Buna göre ÖBYÖ'nün öz bakım alt ölçeği ile yaş, medeni durum, sekonder hastalık varlığı, ilaçları düzenli kullanım ve düzenli doktor kontrolüne gitme durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). HT olan kadın hastaların sosyal koruma ve ÖBYÖ toplam puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulundu. Ayrıca evlilerin öz koruma alt boyutu puan ortalamasının, diğer gruptaki hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu, bekar hastaların öz bakım yönetimlerinin daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca ÖBYÖ'nün sosyal koruma alt boyutu ile hastaların yaş grupları, cinsiyet, sekonder hastalık varlığı, ilaçları düzenli kullanma ve düzenli doktor muayenesi gitme durumları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). ÖBYÖ toplam puan ortalaması ile yaş grupları, sekonder hastalık varlığı, ilaçları düzenli kullanma ve düzenli doktor muayenesi gitme durumları arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

Çalışmada ÖBYÖ'nün sosyal koruma alt ölçeği ile SF-36 YKÖ'nün fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu saptandı (sırasıyla,  $r=0,731$ ;  $0,665$ ) ( $p<0,05$ ). Bu sonucun yanı sıra ÖBYÖ'nün sosyal koruma alt boyutu ile SF-36 YKÖ'nün genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ilişki olduğu belirlendi (sırasıyla,  $r=-0,539$ ;  $-0,217$ ;  $-4,57$ ;  $-0,517$ ;  $-0,301$ ) ( $p<0,05$ ). Bu bulguya göre hastaların sosyal koruma puan ortalamaları azaldıkça, yaşam kalite puanları da azalmaktadır. ÖBYÖ'nün öz koruma alt boyutu ile SF-36 YKÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi (sırasıyla,  $r=0,383$ ;  $2,39$ ;  $0,404$ ;  $0,403$ ;  $0,384$ ;  $0,242$ ) ( $p<0,05$ ). Bu bulgu bize öz

koruma puan ortalamaları arttıkça SF-36 YKÖ puan ortalamalarının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $66,79\pm 12,10$  olduğu ve katılımcıların orta yaş üzerinde oldukları belirlendi. İleri yaştaki fizyolojik değişimler nedeniyle HT risk etkenlerinin artışıyla beraber görülme sıklığı da yükselmektedir. Literatürde HT'nin ileri yaş gruplarında daha sık görüldüğü varsayılmakta ve yaşın kan basıncı değerleriyle arttığını bildiren araştırma sonuçları bulunmaktadır.<sup>8,21</sup> HT hastalarının yaş ortalamalarının değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında çalışmalarda yaş ortalamalarının 50'nin üzerinde olduğu görülmüştür.<sup>13,22</sup> Çalışma bu yönüyle literatürle uyumlu olup, hastaların büyük çoğunluğu 50 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır.

Cinsiyet ve HT ilişkisine bakıldığında, kadınlarda özellikle premenopozal dönemde HT prevalansları daha düşük olmakla beraber, menopozal dönemde yaşanan hormonal değişimlerin özellikle kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz özellikleri nedeniyle ileri yaşta kadınlarda HT prevalansı artmaktadır.<sup>23</sup> Araştırmada literatüre benzerlik göstermekle birlikte hastaların %53'nün kadın, %47'sinin erkek olduğu saptandı. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer şekilde HT prevalansının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlendi.<sup>8,10,24</sup> 2020 yılında yapılan bir çalışmada HT hastalarının %52,7'sinin kadın ve %47,3'ünün erkek olduğu gösterilmiştir.<sup>25</sup> Bu nedenle kadın hastaların menopozal dönem sonrası östrojen düzeyinin düşüşü, beden lipid oranının değişmesine bağlı kadınların tuza daha duyarlı hale gelmesiyle HT açısından riskli grup olduğu söylenebilir.<sup>24,26</sup>

HT, komorbiditesi sık bir hastalık olup bu durum tedaviyi düzenlenmede belirleyicidir. Çalışmada hastaların %82,6'sının HT dışında komorbid başka bir kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Hastaların, HT dışındaki diğer kronik hastalık türü sorusuna yönelik olarak verdikleri cevaplar incelendiğinde, %29,6'sı DM, %27,8'i kronik kalp yetmezliği ve %20'si ise KOAH hastalığı tanısı aldıklarını

ifade etmiştir. PATENT-2 çalışmasında ise Türkiye genelinde kadınların %22,6'sının HT olduğu, %15,7'sinin ise DM hastası olduğu raporlanmıştır.<sup>27</sup> Yurtdışındaki çalışmalarda bu oran daha düşük olmakla beraber DM ile beraber HT bulunma oranlarının %9-13 arasında değiştiği bulunmuştur.<sup>4,28</sup> Çalışma sonuçları literatüre bu yönüyle benzerlik göstermekte ve hastaların azımsanmayacak derecede HT dışında DM tanısı bulunmuştur. Bu nedenle hasta eğitimlerinde, HT dışındaki diğer hastalıklara yönelik bakım ve tedaviye uyumun da önemli olduğunun vurgulanmasının gerektiği düşünülmektedir.

Kan basıncı ölçümü HT'da hem tanı hem de tedavinin izlenmesi, HT hastalığının kontrol altına alınması için, kan basıncının ölçümü ve takibi hayati önem taşımaktadır.<sup>29,30</sup> HT olan hastalarla yapılan çalışmalarda, hastaların kan basıncı ölçüm sıklıklarına da bakılmıştır. Bir başka çalışmada hastaların %46,9'unun tansiyon ölçümünü genellikle baş ağrısı olduğu zamanlarda yaptırdığını belirtmiştir.<sup>13</sup> Konu ile ilgili yurtdışında yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında, Chobanian ve ark. (2003) katılımcıların çoğunun kan basıncını ölçtüğünü, Zillich ve arkadaşları (2005) HT hastalarının günde bir kez ve her hafta kan basıncını ölçtüğünü ortaya koymuştur.<sup>31,32</sup> Bu bulgular hastalığa verilen önemin yetersizliğini göstermektedir. Çalışma bulgularımız bu yönüyle literatüre benzerlik göstermekle birlikte hastaların yaklaşık yarısının %53'nün kan basıncı düzenli ölçtüğü bulunurken, ölçtürmeme nedenlerin sıklıkla unutkanlık ve kendileri iyi hissettiklerinden kaynakladığını ifade etmişlerdir. Bu nedenle hasta eğitimlerinde kan basıncı ölçümünün düzenli yaptırılması konusunun üzerinde durulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

HT'da sadece ilaç tedavisi ile iyileşme gerçekleşmemekle beraber, etkin tedavi için hastaların tedavinin yönetiminde etkin biçimde rol alması, doktor muayenesine düzenli gitmeleri ve laboratuvar tanı izlemlerini düzenli olarak yaptırmaları gerekmektedir. Kontrole gitme sıklığının tedaviye uyumu etkilediği, literatürdeki

çalışmalarda belirtilmektedir.<sup>13,33</sup> Çalışmada hastaların düzenli olarak poliklinik kan düzeyi kontrolüne gitme ve ilaçlarını düzenli kullanma durumu incelendiğinde, %66,1'inin düzenli bir şekilde polikliniğe kan düzeyi baktırmak için gittiği, hastaların %67'si ilaçlarını düzenli olarak kullanırken %29,5'inin ise ilaçları düzenli olarak kullanmayı bazen aksattıkları belirlenmiştir. Bu sonuç literatürle uyumlu olup, hastaların genel olarak doktor muayenelerini önemsemediklerini düşündürmektedir.

Çalışmada cinsiyetle SF-36 YKÖ alt boyut puanları incelenmiştir. Erkek hastaların fiziksel fonksiyon, genel sağlık, mental sağlık alt boyut puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu ve bu alt boyutlarla eşey özelliği arasında anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir ( $p<0,05$ ). HT hastalarının yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmalardan biri olan Bostancı (2019)'da fiziksel fonksiyon ( $p<0,001$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $p<0,001$ ), ruhsal sağlık ( $p<0,001$ ), ve genel sağlık algısı ( $p=0,007$ ) alt boyutları ile cinsiyet faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, bu alt boyutlarda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>21</sup> Birçok çalışmada, HT olan kadınlardaki yaşam kalitesi skorlarının düşük olduğu ifade edilmektedir.<sup>12,25</sup> Araştırmada SF-36 YKÖ'nün ağrı ve vitalite alt boyutları dışındaki diğer boyutlarının puan ortalamasının erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuca göre kadınların erkeklerden çok daha duygusal olduğu ve kadınların yaşam şartlarının negatif yönde daha çok etkilendiği ifade edilmektedir.

Çalışmada, SF-36 YKÖ ile hastaların medeni durumları incelendiğinde, SF-36 YKÖ'nün fiziksel fonksiyon, genel sağlık, sosyal fonksiyon boyutları ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Evli olan hastaların bu boyutlardaki puanların bekarlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda dul/boşanmış ve bekar bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri evlilere göre düşük bulunmuştur.<sup>24,33</sup> Evlilerin bekar bireylere göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasının nedeninin aile kurumunun bireylere

hem sosyal hem de ekonomik yönden daha fazla destek sağlayarak yaşam kalitesine olumlu katkı sağlıyor olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmada, hastaların eğitim durumları ile SF- 36 YKÖ puanları arasındaki bulgular incelendiğinde, lise mezunu olan grubun fiziksel fonksiyon, mental sağlık, genel sağlık ve ağrı alt boyutları puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılığın ise lise mezunu olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. İlgili literatüre bakıldığında, Li ve ark. (2005)'in çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.<sup>4</sup> Bardage ve ark. (2001)'in çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel fonksiyon ve vitalite skorları artarken, Göçgeldi ve ark. (2008)'in çalışmasında da yaşam kalitesi artmaktadır.<sup>24,34</sup> Çalışma sonucunun genel olarak literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Hastalarda eğitim düzeyinin yüksek olması, kronik bir hastalığın ilaç tedavisi dışında egzersiz, diyet gibi yaşam değişikliklerine uyum sağlayarak iyileşmenin gerçekleşeceğinin farkındalığını arttırdığını düşündürmektedir.

Çalışma bulgularına bakıldığında HT tanı yılı ile SF 36 YKÖ alt boyutları puanları arasında fiziksel fonksiyon, genel sağlık, mental sağlık, vitalite alt ölçekleri arasında anlamlı fark olduğu, anlamlı farklılığın 0-5 yıldır tanı alan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğunun 1-5 yıldır HT hastası olduğu ve HT tedavisi aldıkları saptanmıştır.<sup>33,35</sup> Çalışmamızın sonuçlarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun tedaviye uyumda etkili olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaş grupları ve ÖBYÖ alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde, 50 yaş ve altındaki hastaların, ÖBYÖ puan ortalaması 101,44±4,25, öz koruma alt boyutu puan ortalaması 56,81±2,40 iken, sosyal koruma alt boyutu puan ortalaması ise 44,63±10,60 olduğu saptanmıştır. İleri analiz testleri sonucunda anlamlı farklılığın 50 yaş ve altı olan gruptan kaynaklandığı, bu yaş grubunun puanlarının diğer gruplardan daha

yüksek olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında, Özdelikara ve ark. (2020) çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak yaş değişkeninin ölçek puanlarını etkilemediğini bildirmiştir.<sup>16</sup> Karadut ve ark. (2013) çalışmasında yaş ile öz bakım gücü arasında anlamlı fark belirlenmemiştir.<sup>15</sup> Literatürdeki çalışmalar yaşın artmasına paralel olarak bireylerin öz bakım gücünün azaldığı görüşünü desteklemektedir.<sup>36</sup> Birey yaşlandıkça yaşanan değişimler nedeniyle öz bakım yönetiminin de doğal olarak azaldığı düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarımız bu yönüyle literatürle benzerlik göstermektedir.

Özbakım yönetimini etkilediği düşünülen sosyodemografik özelliklerden biri de hastaların cinsiyet özellikleridir. Kadın hastaların ÖBYÖ puan ortalaması 92,69±12,35, öz koruma ve sosyal koruma alt ölçek puanları sırasıyla 42,91±4,01 ve 49,78±8,71 ve toplam ölçek puanlarının 92,69±12,35 olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsiyet özellikleri ve ÖBYÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı incelendiğinde, ölçeğin sadece sosyal koruma alt boyutu ile cinsiyet özelliği arasında istatistiksel önemlilik olduğu saptanmıştır (p>0,05). Konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında, Özdelikara ve ark. (2020) kadın hastaların ÖBYÖ toplam puan ortalaması erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur.<sup>16</sup> Benzer çalışmalarda ise cinsiyet değişkeninin öz bakım yönetimi için etkili olmadığı saptanmıştır.<sup>14,37</sup> Sonuç olarak literatürde cinsiyet ile öz bakım yönetimi puan ortalaması arasında farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaşadıkları yer, medeni durum gibi farklı sosyodemografik özelliklere sahip olmalarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, medeni durum ve ÖBYÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı incelendiğinde ÖBYÖ'nün öz koruma alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Konu ile ilgili olarak Aytap ve ark. (2021) çalışmasında hastaların medeni durumları ve öz bakım

yönetim puanları incelenmiş evli olanların bekar olanlara göre ÖBYÖ puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).<sup>38</sup> Literatürde genel olarak evli bireylerin, bireysel ve sosyal destek mekanizmalarının bekarlara oranla daha iyi olmasının öz bakım yönetimine ilişkin sorumluluk alabilmeleri ile açıklanmıştır.<sup>15,39</sup> Konu ile ilgili olan çalışmalar evlilerin sosyal, bireysel destek kaynaklarının daha güçlü oldukları, kendine ve ailesine karşı sorumlulukları nedeniyle sosyal destek mekanizmalarını daha iyi kullanmalarının öz bakım yönetimini güçlendirdiğini belirtmektedir.<sup>15</sup> Çalışma bu anlamda literatürle benzerlik göstermekte, evli olan hastaların ÖBYÖ genel ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puanları bekarlara göre daha yüksektir.

Çalışmada hastaların HT dışında başka kronik bir hastalığın varlığı ile öz bakım gücü arasında ilişki incelenmiştir. Hastaların diğer kronik hastalıklara sahip olma durumu ve ÖBYÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olup olmadığı incelendiğinde, ÖBYÖ puan ortalaması ve ÖBYÖ alt boyutlarından hem öz koruma hem de sosyal koruma alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Karadut ve ark. (2013) çalışmasında, hastaların DM dışında kalp hastalığı, HT olan hastaların ÖBYÖ puanlarının diğer hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>15</sup> Yapılan bir çalışmada başka kronik rahatsızlıkları bulunan KOAH'lı hastaların yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur.<sup>4</sup> Araştırma sonuçları benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir. KOAH'ın etkilerinin yanında diğer ek hastalıkların etkisi de eklenince artan hastalık yükünün öz bakımda kötüleşmeye neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulguları literatürdeki araştırma bulguları ile benzer olup, kronik başka bir hastalığa sahip olma hastaların bakıma ilişkin sorumluluklarını arttırmakta ve ÖBYÖ puanlarını arttırdığını düşündürmektedir.

Araştırma bulgularımıza göre, hastaların hekime düzenli başvurma durumları ile ÖBYÖ alt boyutları arasında istatistiksel fark

olup olmadığı incelendiğinde, ÖBYÖ alt boyutlarının hepsinde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında, Özdelikara ve ark. (2020), çalışmasında düzenli kontrole giden, son bir yıldır hastanede yattığını bildiren, sigara ve alkol kullanmayan hastaların ÖBYÖ puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>16</sup> Bu sonuç sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sağlıklı yaşama ilişkin farkındalıkların yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Çalışmamız bu yönüyle literatür sonuçlarını desteklemektedir.

Hastaların hastalıkla ilgili bilgi alma durumları ile ÖBYÖ alt boyutları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı incelendiğinde, ÖBYÖ alt boyutlarının tüm boyutlarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastalık eğitim veren kişi değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Özdelikara ve ark. (2020), hastaların hastalığa ilişkin aldıkları eğitim durumuna bakıldığında, sağlık personeli tarafından diyet, egzersiz, stresle baş etme eğitimi aldığını bildiren hastaların ÖBYÖ puanlarının diğer hastalara göre oldukça iyi olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).<sup>16</sup> Literatüre bakıldığında, verilen eğitimin öz bakım yeterliliği arttırdığı ifade edilmiş, verilecek eğitimlerin hastanın var olan eğitim düzeyine göre düzenlenmesi gerektiği önerilmiştir.

Çalışmada SF-36 YKÖ birçok alt boyutu ile ÖBYÖ'nün genel puan ortalaması öz koruma ve sosyal koruma alt boyutları arasında negatif ve pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastaların yaşam kalitesindeki artışa paralel olarak öz bakım yönetiminin arttığı belirlenmiştir. Konu ile ilgili çalışma sonuçlarına bakıldığında, sonuçlarımıza benzer şekilde, öz bakım ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki saptanmıştır.<sup>12</sup> Çalışma sonuçları ve literatür bulgularına göre hastaların özbakım yönetimi güçlerinin artırılmasının yaşam kalitelerini arttırılmasına katkı sağladığı söylenebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre; hastaların büyük bir bölümünün doktor ve poliklinik kontrollerine geldiği, SF-36 YKÖ alt boyut puanlarının ortalama düzeyde olduğu, öz koruma ve sosyal koruma alt boyutlarının ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda HT hastalarının yaşam kaliteleri ve öz bakım yönetimi güçlerinin artırılması için;

-HT olan yaşlı bireylere yönelik hastalık yönetimi eğitimleri, düzenli ve hastaneye gelmede güçlük çeken hastalar için hemşire tarafından online olarak verilmesi,

-HT hasta gruplarıyla çalışan hemşirelerin belirli aralıklarla hastaların öz bakım gücü, öz

yeterlilik ve yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi,

-Hemşirelerin, HT tanısı koyulan hastalara evde kan basıncı takibi, diyet, egzersiz gibi becerileri öğretmesi,

-Hastalara ve yakınlarına hastalık bakımı ve tedavi yönetimi konusunda evde bakım hemşireleri tarafından düzenli olarak ev ziyaretleri yapılması,

-Hasta eğitiminde hastaların bireysel özelliklerinin göz önünde bulundurulması,

-Araştırmanın daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Hacıhasanoğlu, A.R. (2015). "Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimi". *Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (11), 151-159.
2. Öksüz, E. (2004). "Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi." *STED*,13 (3), 99-104.
3. Casey, G. (2004). "Hypertension Nurses Guide to Management". *Nursing Standart Essentials Guide*, 18 (31), 15-18.
4. Li, W, Liu, L, Puente, J.G, Li, Y, Jiang, X, Jin, S, Chen, C. (2005). "Hypertension and Health Related Quality of Life: An Epidemiological Study in Patients Attending Hospital Clinics in China". *Journal of Hypertension*, 23, 1667-1676. <https://doi.org/01.hjh.0000174971.64589.39>.
5. Aşık, M, Aydoğdu, A, Bayram, F, Bilen, H, Can, S, Cesur, M, Çakır, İ, Dikbaş, O, Elbüken, G, İlkso Gözü, H, Haymana, C, Kılıçlı, F, Küçüksaraç Kıyıcı, S, Meriç, C, Özkan, Ç, Özkaya, M, Sabuncu, T, Sancak, S, Sönmez, A, Şahin, İ, Tütüncüoğlu, P, Ukinç, K, Usluoğulları, A, Üçler, R ve Yılmaz, M. (2019). "Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu". *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 1. Baskı*, Ankara. 1-22
6. Cohen, J.D. (2009). "Hypertension Epidemiology and Economic Burden: Refining Risk Assessment to Lower Costs". *Managed Care*, 18 (10), 51-58.
7. Busari, O, Olanrewaju, Desalu, O.O, Opadijo O.G, Jimoh, Ak, Agboola, SM, Busari and O.E, Olalekan, O.(2010). "Impact of Patients' Knowledge, Attitude and Practices on Hypertension On Compliance with Antihypertensive Drugs in A Resource-Poor Setting" . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (2), 87-92.
8. Doğan, M.D, Tosun, E. ve Tek, A.D. (2018). "Kardiyak Hastalıkta Hastalık Algısı, Yaşam Kalitesi, Öz Bakım Yönetimi". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (3), 33-40.
9. Atan G. ve Karabulutlu E. (2016). "Esansiyel Hipertansiyon Olan Hastaların Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi". *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 17-25
10. Emre N, Edime, T, Özşahin, A, Çoban, N ve Yanık, A. (2020). "Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısıyla İlişkisi". *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 14 (3), 436-442.
11. Avdal, E.Ü. ve Kızılcı, S. (2010). "DM ve Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3 (3), 164-68
12. Alemdar, H. ve Pakyüz, S.Ç. (2015). "Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10 (2), 19-30.
13. Erci, B, Elibol, M. ve Aktürk, Ü. (2018). "Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi". *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26 (2), 79-92.
14. Ergin, A, Hatipoğlu, C, Bozkurt A.İ, Bostancı, M, Atak, B.M, Kısaoglu, S, Parasız, S, Kaygısız, H, Çınarlık, A. ve Karasu, E. (2011). "Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doymu ve Öz Bakım Gücü Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler". *Pamukkale Tıp Dergisi*, 4 (3), 44-55.
15. Karadut, P, Aşlar, R. ve Yıldırım, A. (2013). "Diyabetli Hastaların Öz Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi". *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14 (1), 1.
16. Özdelikara, A, Taştan, A. ve Atasayar, B.Ş. (2020). "Kardiyak Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi". *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 42-49.
17. Jones, L.C. (2001). "Measuring Guarding as A Self-Care Management Process in Chronic Illness". *The Scmp-G. Strickland Ol, Dilorio C. Editörler. Measurement of Nursing Outcomes*. New York: Springer Publishing Company, 150-158.
18. Hançerlioğlu, S. ve Aykar, F.Ş. (2018). "Kardiyak Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliliği". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 175-183.
19. Ware, Jr, J.E. ve Sherbourne, C.D. (1992). "The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (Sf-36): I. Conceptual Framework And Item Selection". *Medical Care*, 6, 473-483.

20. Pınar, R. (1995). "Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması". *Hemşirelik Bülteni*, 9, 85-95.
21. Arpacı, M., Kardeşoğlu, E., Yiğiner, Ö., Özmen, N., Cingözbay, B.Y. ve Cebeci, B.S. (2008). "Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen HT hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması". *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*; 7 (4), 333-338
22. Bahar, A.(2011)."Hipertansiyonu Olan Hastalarının Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi". *Hemşirelik Forumu*, 8 (1), 18-23
23. Wenger, N.K, Arnold, A, Merz, C.N.B. et al. (2018). "Hypertension Across A Woman's Life Cycle". *Journal of The American College of Cardiology*, 71 (16), 1797-1813. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.033>
24. Göçgeldi, E, Babayigit, M.A, Hassoy, H, Açikel, C.H, Taşçı, İ ve Ceylan, S. (2008). "Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi". *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 172-179
25. Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
26. Bostancı, Ş. (2019). "Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi". *Yüksek Lisans Tezi*. T.C. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa.
27. Sengul, A, Akpolat T, Erdem, Y, Derici U, Arici, M, Sindel, S, Karatan, O, Turgan, Ç, Hasanoğlu, E, Çağlar, S. ve Ertürk, S. (2016). "Changes in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Rates in Turkey From 2003 to 2012". *Journal of Hypertension*, 34 (6), 1208-1217.
28. Odusola, A, O, Nelissen, H, Hendriks, M, Schultsz, C, Wit, F, Bolarinwa, O, A, Akande, T, Agyemang, C, Ogedegbe, G, Agbede, K, Adenusi, P, Osibogun, A, Stronks, K. and Haafkens J.(2015). "How Group-Based Cardiovascular Health Education Affects Treatment Adherence and Blood Pressure Control Among Insured Hypertensive Nigerians: A Pre-Test, Post-Test Study". *World Journal Of Cardiovascular Diseases*,, 7, 181-198. <https://doi.org/10.4236/wjcd.2015.57021>
29. Aydoğdu, S, Güler, K, Bayram, F, Altun, B, Derici, Ü, Abacı, A. ve Tokgözoğlu, L. (2019). "Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu 2019". *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 47 (6), 535-546.
30. Bakoğlu, E. ve Yetkin A. (2000)."Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,4 (1), 41-49
31. Chobanian, A.V, Bakris, G.L, Black, H.R, et al. (2003). "The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure." *Hypertension*, 42 (6), 1206-52 <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>.
32. Zillich, A.J, Sutherland, J.M, Kumbera, P.A. and Carter, B.L. (2005). "Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (Home Study)". *J Gen Intern Med*, 20, 1091-1096.
33. Gün, Y. ve Korkmaz, M. (2014). "Hipertansiyon Hastalarının Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (2), 98-108.
34. Bardage, C. and Isacson, D.G.L. (2001). "Hypertension and Health Related Quality of Life: An Epidemiological Study in Sweden". *Journal of Clinical Epidemiology*, 54 (2), 172-181.
35. İcyeroğlu, G. (2012). *Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
36. Özkan, S. ve Durma, Z. (2006). "İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (2), 121-13.
37. Candan, Ç. (2021). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi ile Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
38. Aytap, F. ve Özer, Z. (2021). "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler". *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15 (2), 212-222.
39. Sayan, A. ve Erci, B. (2001). "Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (2), 11-19.
40. Rosińczuk, J, Przystylak, M. and Uchmanowicz, I. (2018). "Sociodemographic and Clinical Factors Affecting the Quality of Life of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease". *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12 (13), 2869-2882. <https://doi.org/10.2147/COPD.S165714>