

**T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARDA  
ÖFKE VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLİŞKİSİ**

**Yüksek Lisans  
Tezi**

**Ayşegül SAVAŞAN**

**DANIŞMAN  
Yard.Doç.Dr. Gönül ÖZGÜR**

**İZMİR**

**2006**

## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Yard. Doç. Dr. Gönül Özgür ( Danışman ) :

Prof. Dr. Gülümser Argon :

Yard. Doç. Dr. Ayça Gürkan :

Tarih: .....

## ÖNSÖZ

Araştırmanın bütün aşamalarında bilgi ve desteğini aldığım Danışman Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr. Gönül Özgür'e katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Araştırmanın yürütüldüğü Buca 2 Nolu Sağlık Ocağı'nda çalışan tüm ebe ve hemşirelere, hekimlere ve araştırmaya katılan hastalara teşekkür ederim.

Eğitim hayatında izlemem gereken yolu, yıllar öncesinden belirleyen babam Orhan SAVAŞAN'a ve maddi, manevi desteğini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

İZMİR 2006

Ayşegül SAVAŞAN

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER. ....	I - III
TABLolar . ....	IV

### BÖLÜM I

1.	Giriş. ....	1
1.1.	Araştırmanın Amacı ve Önemi . ....	4
1.2.	Hipotezler . ....	4
1.3.	Sınırlılıklar. ....	5
1.4.	Tanımlar. ....	5
1.5.	Genel Bilgiler. ....	6
1.5.1.	Öfke İle İlgili Genel Bilgiler . ....	6
1.5.1.1.	Öfkenin Tanımı. ....	6
1.5.1.2.	Öfkeyi Tanımlayan Kuramsal Yaklaşımlar . ....	7
1.5.1.2.1.	Psikoanalitik Kuram. ....	7
1.5.1.2.2.	Bilişsel-Davranışçı Kuram. ....	7
1.5.1.2.3.	Sosyokültürel Kuram. ....	8
1.5.1.2.4.	Humanistik Kuram. ....	8
1.5.1.3.	Öfkenin Genel Özellikleri. ....	9
1.5.1.4.	Öfke İle İlgili Diğer Duygular . ....	10
1.5.1.5.	Öfkenin İfade Biçimleri. ....	11
1.5.2.	Hipertansiyon İle İlgili Genel Bilgiler. ....	13
1.5.2.1.	Hipertansiyonun Tanımı . ....	13
1.5.2.2.	Hipertansiyonun Etyolojik Sınıflandırması. ....	14
1.5.2.3.	Belirti ve Bulgular. ....	17
1.5.3.	Öz-Bakım Gücü İle İlgili Genel Bilgiler. ....	18
1.5.3.1.	Öz-Bakım Kavramı. ....	18
1.5.3.1.1.	Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri. ....	20
1.5.3.1.2.	Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri. ....	21
1.5.3.1.3.	Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri. ....	22
1.5.3.2.	Öz-Bakım Gücü. ....	23
1.5.3.3.	Öz-Bakım Yetersizliği. ....	25
1.5.3.4.	Hemşirelik Sistemi ve Hemşirenin Rolü. ....	26

1.5.4.	Öfke Ve Öz-bakım Gücü İle İlgili Araştırmalar. . . . .	28
--------	--------------------------------------------------------	----

## BÖLÜM II

2.	Gereç ve Yöntem. . . . .	33
2.1.	Araştırmanın Tipi. . . . .	33
2.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı. . . . .	33
2.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi. . . . .	33
2.4.	Veri Toplama Yöntemi. . . . .	33
2.4.1.	Birey Tanıtım Formu. . . . .	34
2.4.2.	Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği. . . . .	34
2.4.3.	Öz-Bakım Gücü Ölçeği. . . . .	35
2.5.	Araştırmanın Değişkenleri. . . . .	36
2.6.	Verilerin Değerlendirilmesi. . . . .	36
2.7.	Süre ve Olanaklar. . . . .	36
2.8.	Etik Açıklamalar. . . . .	37

## BÖLÜM III

3.	Bulgular. . . . .	38
3.1.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri. . . . .	38
3.2.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Puanlarının Dağılımı. . . . .	44
3.3.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi. . . . .	45
3.4.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımı. . . . .	58
3.5.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi. . . . .	59
3.6.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamaları İle Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının İlişkisi. . . . .	64

## BÖLÜM IV

4.	Tartışma. . . . .	66
4.1.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi. . . . .	66

4.2.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının İncelenmesi. . . . .	67
4.3.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. . . . .	69
4.4.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının İncelenmesi. . . . .	74
4.5.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. . . . .	75
4.6.	Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamaları İle Öz-bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. . . . .	80

## BÖLÜM V

5.	Sonuç ve Öneriler. . . . .	81
5.1.	Sonuç. . . . .	81
5.2.	Öneriler. . . . .	83
	ÖZET. . . . .	85
	ABSTRACT. . . . .	87
	KAYNAKLAR. . . . .	89
	EKLER. . . . .	95
	EK -1 Bireysel Tanıtım Formu. . . . .	95
	EK -2 Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) . . . . .	97
	EK -3 Öz-Bakım Gücü Ölçeği. . . . .	99
	Ek -4 Öz-bakım Gücü Ölçeği İçin Alınan İzin. . . . .	101
	Ek -5 Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz Ölçeği İçin Alınan İzin. . . . .	102
	Ek -6 İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Yazısı. . . . .	103
	ÖZGEÇMİŞ. . . . .	104

**TABLÖLAR****Sayfa No.**

TABLO 1	: Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlanması ve Sınıflandırılması. . . . .	14
TABLO 2	: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı. . . . .	38
TABLO 3	: Hastaların Bir İşte Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı. . . . .	40
TABLO 4	: Hastaların Hipertansiyon Öykülerine Göre Dağılımı. . . . .	40
TABLO 5	: Hastaların Fizik ve Ruh Sağlığı Değerlendirmelerine Göre Dağılımı. . . . .	42
TABLO 6	: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puanlarının Dağılımı. . . . .	44
TABLO 7	: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı. . . . .	45
TABLO 8	: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Hastalık Özelliklerine göre Dağılımı. . . . .	50
TABLO 9	: Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımı . . . .	58
TABLO 10	: Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı. .59	
TABLO 11	: Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı. .61	
TABLO 12	: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının İle Öz-bakım gücü Puan Ortalamalarının İlişkisi. . . . .	64

## BÖLÜM I

### 1. GİRİŞ

Hipertansiyon toplumda sık rastlanan, morbidite ve mortalite nedeni olan önemli bir sağlık sorunudur (18,47,53,56).

Toplumumuzda 18 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı erkeklerde %27, kadınlarda %33 olarak belirlenmiştir (5). Yalçın'ın (2002) çalışmasında 18 - 65 yaş arası erişkinlerin %24.1'ine hipertansiyon tanısı konmuş olduğu bulunmuştur (59). Kırk yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %43.5 olarak saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri nüfusta ise bu oranların %63.9 ve %66.7'ye kadar yükseldiği belirlenmiştir (18). Bu araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (18,44,53).

Yaşlı bireylerin acil polikliniğine başvuru nedenleri arasında hipertansiyon nefes darlığı, göğüs ağrısı, ağrı, travmadan sonra %6.5'lik bir oranla beşinci sırada yer almaktadır ve yaşlı bireylerin %92.5'in de kalp hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus gibi birden fazla kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir (14).

Hipertansiyon primer (esansiyel) ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılır. Olguların %5'ini kapsayan sekonder hipertansiyonun etyolojisi bellidir ve egzogen veya endojen bir nedenle oluşur. Esansiyel hipertansiyon ise, olguların %95'ini oluşturur ve etyolojisi kesin olarak belli değildir (4,18,44,47,56). Bir çok faktör esansiyel hipertansiyon gelişimini etkilemektedir. Bu faktörler şunlardır: Emosyonel nedenler, genetik, yaş, obezite, aşırı tuz alımı, fiziksel inaktivite, sigara kullanma, alkol alımı (1,4,47,56,59).

Yapılan araştırmalar öfke ve hipertansiyon ilişkisini doğrulamaktadır (4,7,34,47,49). Özer (1994b) alışmasında sürekli öfke ve öfke tarzı açısından hipertansiyon hastalarının kontrol grubundan ayrıldığını; öfkenin bastırılması ve hipertansiyon ilişkisini belirtmektedir (49).

Fiziksel hastalıklar kişilerin ruhsal sağlığını önemli ölçüde etkilemekte ve kişilik özelliklerini, kullanılan başa çıkma yollarını ve sosyal destek kaynaklarını etkileyerek hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve sonucu üzerinde etkili olabilmektedir (10,46).

Kronik hastalıkların bir çoğunda olduğu gibi hipertansiyonda da hastalık yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Kronik hastalıklar bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte ve bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalıklarda tedavinin amacı, hastayı eski sağlığına kavuşturmak değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Dolayısıyla birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (6,10,34).

Sağlık bakımı veren kişi olarak hemşirenin buradaki sorumluluğu hastanın kendi sağlık bakımına katılımını sağlamaktır.

Hemşire psikolojik destek ve gerekli bilgi ve eğitimi sağlayarak bireyin hastalıktan önceki yaşamına en kısa sürede geri dönmesinde anahtar rolü oynamaktadır (25).

Hemşire kuramcı Orem'e göre hemşireliğin amacı bireye kendi öz-bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda kendi öz-bakımını üstlenmesini sağlamaktır (12).

Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için, bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikleri kapsayan öz-bakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır (2,15,22,50).

Öz-bakım gücü sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesine yönelik öz-bakım davranışlarını düzenleme, öz-bakım ile ilgili spesifik konularla ilgilenme, anlama ve kavrama, bilgiyi kullanma, karar verme, verilen kararı uygulama başarısına yönelik bireysel yeteneklerdir (2).

Kronik hastalığı olan bireyler hastalık ve tedaviyle ilgili bilgi ve becerileri öğrenmeyle mücadele ederken, öz-bakım uygulamaları bu hastalar için özellikle önemlidir. Hemşireler kronik hastalığı olan yetişkinlerle öz-bakım uygulamalarını geliştirmede yardım etmek için işbirliği yaparlar (32).

Böylece, öfke duygusuyla ilişkili ve kronik bir hastalık olan hipertansiyonda, öfke ve öz-bakım gücü ilişkisini belirlemek ve öz-bakım uygulamaları konusunda destek sağlamak hipertansiyon hastaları için önem taşımaktadır.

Bu konuda daha fazla sayıda araştırma, hasta bakımının kalitesini ve hastanın yaşam kalitesini arttırabilmek için yapılmalıdır.

## 1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Hipertansiyon toplumumuzda çok sık rastlanan bir hastalıktır. Hastalığın sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir. Araştırmalar öfke ve hipertansiyon ilişkisini doğrulamakta ve hipertansiyonun daha çok bastırılmış öfke ile ilişkisi olduğunu belirtmektedir (49).

Hipertansiyon tanısı almış bireylerin kendi sağlık bakımlarına sürekli katılımlarını ( öz bakım ) ve buna yönelik bireysel yeteneklerini ( öz bakım gücü ) belirleyerek; öz bakım gücüne etki eden faktörleri değerlendirmek ve böylece bireylerin yaşam kalitesini arttırmak açısından, bu araştırma önem taşımaktadır.

Bu çalışma hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz bakım gücü ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın alt amaçları bireyleri tanıtıcı özellikler ile öfke ve öfke tarzı ve öz bakım gücü arasındaki ilişkilerin saptanmasıdır.

## 1.2. HİPOTEZLER

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler:

- 1 -  $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin öfke ve öfke tarzı puan ortalamaları yüksektir.
- 2 -  $H_0$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin tanıtıcı özellikleri ile öfke ve öfke tarzı arasında ilişki yoktur.

$H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin tanıtıcı özellikleri ile öfke ve öfke tarzı arasında ilişki vardır.

- 3 -  $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin öz-bakım gücü düşüktür.
- 4 -  $H_0$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin tanıtıcı özellikleri ile öz-bakım gücü arasında ilişki yoktur.  
 $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin tanıtıcı özellikleri ile öz bakım gücü arasında ilişki vardır.
- 5 -  $H_0$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz bakım gücü arasında bir ilişki yoktur.  
 $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz bakım gücü arasında bir ilişki vardır.

### 1.3. SINIRLILIKLAR

Hipertansiyon tanısının farkındalığı açısından en az altı ay önce tanı almış hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Sekonder hipertansiyon tanısı almış hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

### 1.4. TANIMLAR

**Öfke** : Öfke kişinin belirli bir saldırı, eleştiri yada engel karşısında spontan olarak yaşadığı, içsel ve evrensel bir duygudur (7).

**Öfke Tarzı** : Öfke tarzı, öfke ifade biçimi olarak öfkeyi dışavurma, içte tutma ve kontrol etme eğilimlerini ifade eder (48).

**Öz bakım gücü** : Öz-bakım gücü sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir (2, 50).

Çocukluktan yaşlılığa kadar değişme ve gelişme gösteren öz-bakım gücü kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişen bir insani güç yada yetenektir (10,15).

## **1.5. GENEL BİLGİLER**

### **1.5.1. ÖFKE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

#### **1.5.1.1. Öfkenin Tanımı**

Öfke günlük yaşamda önemli bir yere sahip, evrensel bir duygudur. Öfke bazen kısa süreli, orta şiddette ve hatta kişiye faydalı; bazen ise çok şiddetli, yoğun, sürekli ve yıkıcı olabilmektedir. Bu duygunun açık bir şekilde, doğrudan ifade edilmesinin yıkıcı özelliği olduğu düşünüldüğünden, negatif bir duygu olarak değerlendirilir (8,9,31,37,41).

Açıkça gösterilen öfke diğerleri tarafından olumsuz değerlendirmelere, negatif benlik kavramına, düşük benli saygısına, kişiler arası ve aile içi çatışmalara, sözel ve fiziksel saldırıya, eşyalara zarar vermeye ve işle ilgili uyumsuzluklara neden olabilmektedir (8,9,37,55).

Öfke, bireyin planları engellendiğinde ve bireyin benliğine bir tehdit algılandığında ortaya çıkar. Kendini kurban gibi hissetme öfkeye neden olur (11).

Öfke kişinin belirli bir saldırı, eleştiri yada engel karşısında spontan olarak yaşadığı, içsel ve evrensel bir duygudur (7).

Balkaya (2001) tarafından da aktarıldığı üzere, Kassinove ve Sukhodolsky öfkeyi, belirli bilişsel ve algısal çarpıtmalarla bağlantılı fenomenolojik, içsel bir duygudurum olarak tarif etmektedir (7,38). Ayrıca, bu duygunun yaşanma sıklığının, öfkeye yol açan olayların, öfkeyle ilgili

düşüncelerin, öfkeli bir insana gösterilen tepkilerin ve öfkelenince ortaya çıkan belirtilerin kişiden kişiye farklılıklar gösterdiğini ileri sürmektedirler (7).

Yine Balkaya (2001) tarafından aktarıldığı üzere, Spielberger ve arkadaşları öfkeyi basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen duygusal bir durum olarak tanımlamaktadır (7,9).

Özer (1994) ve Topkaya'nın (2003) çalışmalarında belirttiklerine göre, Spielberger öfke duygusuna "süreklilik" ve "durumsallık" kavramsal ayrımı ile bakmaktadır. Durumsal öfke, kas gerilimi ve otonom sinir sisteminin uyarılmışlık durumunun eşlik ettiği, hafiften şiddetliye doğru değişen öznel bir duygudur. Durumsal öfkenin şiddeti, algılanan haksızlık ile engellenmenin şiddetine bağlı olarak değişmektedir. Sürekli öfke ise, çok sayıda durumu can sıkıcı yada engelleyici olarak algılama ve buna bağlı olarak sık durumsal öfke yaşama durumu olarak tanımlanmaktadır (49,58).

### **1.5.1.2. Öfkeyi Tanımlayan Kuramsal Yaklaşımlar**

#### **1.5.1.2.1. Psikoanalitik Kuram**

Psikoanalitik kurama göre, öfke davranışının altında yatan güçlerin bilinçdışında gizlenmiş olduğu düşünülmektedir. Kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anlarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıksız olarak kabul etmektedir. Bu duygular boşaltılmazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağı belirtilmektedir (7).

#### **1.5.1.2.2. Bilişsel-Davranışçı Kuram**

Davranışçı kuramcılar, öfkeyi incelerken, düşünce süreçlerinin ele alınmasının önemini belirtmektedirler. Davranışçı kuramın önemli temsilcilerinden Skinner, öfkenin çevresel uyaranlara verilen öğrenilmiş

tepkiler olduğunu ve ödüllendirilen bu tepkilerin tekrar ettiğini, vurgulamaktadır (7).

Balkaya'nın (2001) aktardığı üzere, Novaco, öfkeyi içsel düşünce süreçlerinden gelen bir dürtü olarak ele almaktadır. Dışsal olaylarla öfke arasında doğrudan bir ilişki olmadığını, öfkeyi ortaya çıkaran durumun, bilişsel süreçler olduğunu ileri sürmektedir (7).

Bilişsel Kuram özellikle biliş-duygu arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Kişi eğer kullanıldığını yada haksızlığa uğradığını düşünürse, öfke; değerli bulunduğu bir şeyi kaybetmiş olduğunu düşünürse üzüntü; kötü şeylerin olacağını düşünürse kaygı hissedecektir (7).

Bilişsel-Davranışçı görüş, öfkenin büyük ölçüde akla aykırı inançların, beklentilerin, iç-konuşmaların sonucu olarak ortaya çıktığını; başkalarının, karşısındaki insanın akla aykırı inançlarını etkinleştirdiği için onda öfkeye neden olduğunu ileri sürmektedir. Bundan dolayı, öfkeyi azaltmak için akla aykırı bu inançların yok edilmesi gerektiği belirtilmektedir (7).

#### **1.5.1.2.3. Sosyokültürel Kuram**

Sosyokültürel Kuram, öfke tepkilerinin, kişinin ait olduğu kültür içinde öğrenildiğini, çevresel faktörlerin öfke ifadesinin ve davranışının oluşmasında önemli katkılarda bulunduğunu ileri sürmektedir (7).

Balkaya'nın (2001) aktardığı üzere, Averill, öfkenin kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkan bir duygu olduğunu ve sosyal yapıyı anlamadan, öfkenin anlaşılamayacağını belirtmektedir (7).

#### **1.5.1.2.4. Humanistik Kuram**

Humanistik kurama göre, öfke, içgüdüsel yada öğrenilmiş bir tepki değildir. Öfke, kişinin haklarına saldırıda bulunulduğunu gösteren bir işaret olarak kabul edilmektedir (7).

Humanistik terapi yaklaşımında kişinin, öfkesine ilişkin farkındalığının artması sağlanmakta ve bu sayede kişide değişme isteğinin oluşacağına inanılmaktadır (7).

### 1.5.1.3. Öfkenin Genel Özellikleri

Öfke bireysel olarak bir tehdit hissedildiğinde yada engellenmeyle karşılaşıldığında, tehdidin özelliğine göre yaşanan çaresizliğin, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı anksiyeteye karşı gelişen bir duygudur. Hakların ihlal edildiğini, gereksinimlerin yada isteklerin doğru şekilde karşılanmadığını yada sadece, işlerin yolunda gitmediğini gösteren bir ileti olabilir. Öfke haklı yada haksız, anlamlı yada yararsız değildir. Her zaman bir nedeni vardır (16,40).

Öfkenin planlanan bir eylem sonucu çıktığı düşünülür; fakat, öfke içsel bir duygudur. Öfke tepkisine neden olan duygu kişiyi daha kuvvetli ve psikolojik olarak uyarılmış bir durumda tutmasına rağmen, kişi öfkelenildiğinde daha incinebilir bir durumda olmaktadır. Öfkelenildiğinde gösterilen tepkiler yaşam süreci içinde öğrenilmiş davranışlardır. Bu nedenle yanlış ve kişiye zarar verecek şekilde öğrenilen davranışlar daha sağlıklı olanlarıyla değiştirilebilir (7).

Diğer taraftan öfke, yaşamın sürdürülmesi için gerekli bir duygudur. Kişiyi tehlikelere karşı uyarır ve kendisini korumasına olanak sağlar. Ancak, öfkenin sağlıklı ve işe yarar olabilmesi için inkar edilmemesi, bastırılmaması ve öncelikle kabul edilmesi, tanınması ve kontrollü bir biçimde ifade edilebilmesi gerekir (55).

Öfkeyle birlikte görülen fizyolojik belirtiler; kas geriliminin artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, ters ters bakmak, yumrukları sıkma, yüzün kızarması, titreme hissi ( özellikle el ve ayakta ), uyuşma hissi, tıkanma hissi (nefes almakta zorluk), vücudun çeşitli bölgelerinde

seğirmelerin olması, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, burundan soluma, dudakları ısırma, beynin zonklaması, baş ağrısı, hareketlerin hızlanmasıdır (7,9).

Öfke duygusunun temelinde, kişinin başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi için hata yapılmaması gerektiği düşüncesi olduğu varsayılmaktadır (48).

#### **1.5.1.4. Öfke İle İlgili Diğer Duygular**

Öfke ve diğer duygular arasında karmaşık bir ilişki vardır. Kızgınlık ve öfke gibi duygular ikincil duygulardır ve kırılma, alınma, gücenme, anlaşılmama, reddedilme, engellenme, korku, kaygı, hayal kırıklığı, yalnızlık gibi acı veren temel duygulara ikincil olarak ta oluşabilir (55).

Olumsuz duyguların bastırılmasını zorunlu kılan bir ortamda yetişmiş olmak, düşmanca eğilimlerin gelişmesine neden olur. Hostilite, kişinin diğerlerinden hoşlanmama duygularını içeren ve onları olumsuz olarak değerlendirmesine neden olan bir tutum olarak tanımlanmaktadır. Hostilite içselleştirilmiş değil daha çok dışsallaştırılmış bir öfkenin sonucudur ve diğer kişilere doğrudan zarar vermek amacıyla yapılan saldırgan davranışları harekete geçirir(7,27).

Suçluluk ve utanç öfkeyle ilişkili davranışlar üzerinde farklı etkilere sahiptir. Utanç duygusu yıkıcı ve uyumsuz öfke tepkileriyle ilişkiliyken, suçluluk duygusu öfkeli davranışlar üzerinde daha yapıcı bir özelliğe sahiptir. Kişinin düşmanca duygularıyla yüzleşmesi suçluluk duyguları yaşamasına neden olur. Suçluluk duygusu kişiyi empati kurmaya, kişiler arası ilişkilerde hataları tamir etmeye, özür dilemeye yöneltir. Utanç duygusu ise, benliği tahrip eden, kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesine neden olan ve acı veren bir duygudur. Kişinin gizlenmesine, içine kapanmasına neden olur (7,27).

Utanç duyan insanların bu duygunun etkisiyle iki farklı yola girdikleri belirtilmektedir. Bunlardan birincisi pasif bir duruma geçme, içine kapanma, utanca neden olan durumdan kaçmaya çalışma, gizlenme şeklindedir. İkincisi, daha aktif bir şekilde, zarar gören ve zayıflayan benliği öfke duygusu ile canlandırmak ve öfkeyi utanca neden olan duruma yöneltmek şeklindedir (7).

Öfkenin suçluluk ve utanç duygusuyla arasındaki ilişki değerlendirilirken iki olasılık üzerinde durulmaktadır. Birinci olasılık, kişinin öfkelenişinden dolayı utandığı yönündedir. İkinci olasılık ise, utanç duygusunun öfkeyi daha da besleyeceğidir (7).

#### **1.5.1.5. Öfkenin İfade Biçimleri**

Öfke açıkça ve doğrudan gözlenebilen sözel ve davranışsal belirtiler yoluyla gösterilebileceği gibi, doğrudan olmayan yollarla da ifade edilebilir (55).

Öfke ifade biçimleri şunlardır (7) :

- Öfkenin doğrudan ifadesi
- Karşılıklı iletişim
- Tepki vermeden önce düşünme
- İnsanlara yönelik fiziksel saldırı
- Objelere yönelik fiziksel saldırı
- Sözel saldırı veya bağırma
- Beden dili
- Öfke içte, bastırma
- Öfke içte, kendini eleştirme
- Öfke kontrolü
- Düzeltici yönde davranma
- Dikkati başka konuya çekme

- Pasif-agresif sabotaj
- Zulmetmek
- Hedefi sosyal olarak izole etmek

Öfkeyi ifade etmenin en doğal ve içgüdüsel yolu saldırganlıktır. Öfke birçok saldırganlık biçiminin arkasında yatan dürtü yada güdü olarak görülmektedir. Fakat her zaman saldırgan davranışın başlatıcısı değildir. Öfke ve saldırganlık birbiriyle ilişkili olmasına rağmen ikisi aynı değildir. Saldırganlık bir davranış, öfke bir duygudur (58).

Saldırgan davranışlar fiziksel saldırganlık ve sözel saldırganlık olarak görülmektedir. Amacı karşıdaki kişiye veya objeye zarar vermek olan fiziksel saldırganlık, motor davranışlarla ilişkilidir ve hedef yönelimlidir. Sözel saldırganlık ise, dışa vurulmuş öfke olarak tanımlanmaktadır (7,9).

Öfkenin sağlıklı ve işe yarar olabilmesi için öncelikle varlığının kabul edilmesi ve tanınması gerekir. Öfkeyi saldırganlıkla değil, duygu ve düşünceleri açıklayarak ifade etmek en sağlıklı yoldur. Öfke kontrolünde amaç öfkenin dışa vurulmasını engellemek değil, öfkenin nasıl uygun bir dille ifade edilebileceğini bilmektir (55,58).

Güleç ve ark. (2004) araştırmalarında kronik ağrısı olan hastalarda, artmış ağrı ve yeti yitimi ile ilişkili bulunan bastırılmış öfke ve düşmanlık puanlarının, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (30). Ayrıca; depresyon, anksiyete, öfke ve sosyal desteğin az olması sağlıkla ilgili davranışları yönetebilmektedir (52). Bastırılmış öfkenin esansiyel hipertansiyon gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (8,9,37).

## 1.5.2. HİPERTANSİYON İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

### 1.5.2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Arteriyel kan basıncı (AKB) kanın damar duvarına yaptığı basınçtır. AKB'nı kardiyak output (kalbin debisi) ve sistemik vasküler direnç belirler ve şu şekilde formüle edilir (44,47,53,59) :

$$\text{AKB} = \text{Kardiyak Output} \times \text{Sistemik Vasküler Direnç}$$

Arteriyel kan basıncı ölçüldüğü zaman iki ayrı değer halinde ifade edilir. Bunlar sistolik kan basıncı (SKB) ve diastolik kan basıncı (DKB)'dır (18,47). Arterlerdeki maksimum kan basıncını ifade eden SKB, kalbin sistol periyodunda yani kanın sol ventrikülden aortaya atıldığı esnada kaydedilen kan basıncıdır. Kalbin sistolik kuvvetine, arteriyel sistemdeki kan miktarına, aortanın distansibilitesine bağlıdır. Arterlerdeki minimum kan basıncına karşılık gelen DKB, kalbin diastol periyodunda yani sol ventrikülün dolması esnasında kaydedilen kan basıncıdır. Periferik damar direnci tarafından belirlenmektedir (18,47,59).

AKB'nın Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Hipertansiyon Derneği tarafından kabul edilen normal sınırlarının ( 140/90 mmHg ) üstüne çıkmasına hipertansiyon (sistemik arteriyel hipertansiyon) denir (5,44,47,53).

Erişkin yaş grubu için AKB'nın yüksekliğine göre yapılan hipertansiyon tanımı ve sınıflandırılması Tablo 1 'de görülmektedir (5,44,47,56,59) :

**Tablo I : Arteriyel Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyon Sınıflandırması**

Arteriyel Kan Basıncı Sınıfı	SKB(mmHg)	DKB(mmHg)
İdeal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Yüksek - Normal	130 – 139	85 – 89
1.derece hipertansiyon (hafif)	140 – 159	90 – 99
Alt grup: Sınırdaki Hipertansiyon	140 – 149	90 – 94
2.derece hipertansiyon (orta derece)	160 – 179	100 – 109
3.derece hipertansiyon (şiddetli)	≥ 180	≥ 110
İzole sistolik hipertansiyon	≥ 140	< 90
Alt grup: Sınırdaki izole hipertansiyon	140 – 149	< 90

**Kaynak:** Özcan N. (2001). Hipertansiyon. 2.Baskı. Ankara, Özkan Matbaacılık. (1-3)

### 1.5.2.2. Hipertansiyonun Etyolojik Sınıflandırması

Hipertansiyon etyolojisine göre primer ( esansiyel ) ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılır. Etyolojisi belli olan ve egzojen veya endojen bir nedenle oluşan sekonder hipertansiyon olguların %5'ini kapsar. Olguların %95'ini oluşturan esansiyel hipertansiyonda ise etyoloji kesin olarak belli değildir. Sekonder hipertansiyonda belirlenen etken medikal veya cerrahi tedavi gerektirir ve bazen kolayca ortadan kaldırılabilir (4,18,44,47,56).

Sekonder hipertansiyon nedenleri şu şekilde gruplandırılmaktadır (5,18,44,47,56) ;

1. Renal
2. Endokrin
3. Aort koarktasyonu
4. Gebeliğe bağılı hipertansiyon
5. Nörolojik hastalıklar
6. Cerrahiye de içeren akut stres
7. İntravasküler volümün artması
8. Aşırı alkol, nikotin, ilaçlar
9. Vazodilatör doku enzimlerinin eksikliği
10. Aşırı tuz alımı
11. Milk-alkali sendromu, D hipervitaminozu

Esansiyel hipertansiyonun etyolojisinde rol oynayabilen risk faktörleri ise şöyle sıralanabilir (5,18,24,26, 28, 44,47,53,56,59) ;

- Genetik
- Yaş
- Obesite
- Fiziksel inaktivite
- Irk
- Stres
- Alkol ve sigara kullanma
- Aşırı tuz alımı
- Psikolojik faktörler (öfke, hostilite, anksiyete)

Aydemir (2001) çalışmasında genetiğin, esansiyel hipertansiyon oluşumunda %30-60 oranında etkili olduğunu belirlemiştir (5).

Hipertansiyon 40 yaşın altında seyrek iken bu yaştan itibaren yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle arterler elastikiyetini kaybederek kalınlaşır ve sertleşir. Bu nedenle yaşlı bireylerde damar duvarına karşı kanın direnci artmıştır (5,18,44,53).

Toplumumuzda 18 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı erkeklerde %27, kadınlarda %33 olarak belirlenmiştir (5). 40 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %43,5 olarak saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri nüfusta ise bu oranların %63,9 ve %66,7'ye kadar yükseldiği belirlenmiştir (18).

Hipertansiyonlu erkeklerin %70'i, bayanların ise %61'inin obez olduğu ve her 10 kg'lık artışın, sistolik kan basıncında 4,5 mmHg yükselişe neden olduğu bildirilmektedir (5). Sapmaz 'ın (2000) da belirttiği üzere, Beşer'in yaptığı bir çalışmada ise, hipertansiyon hastalarının %72,2'sinin şişman olduğu bulunmuştur (53).

Emsal 'in (2000) aktardığı üzere; yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite ile hipertansiyon arasında ters bir ilişki bulunmuştur (18). Fiziksel aktivite kilo kaybına neden olduğundan, yüksek serum insülin düzeyini azaltır ve kan basıncını düşürür (5).

Esansiyel hipertansiyon, Afrika kökenli Amerikalılarda diğer etnik gruplara göre daha sık ve daha şiddetli görülmektedir. Bunun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, çevresel şartlarla ilgili faktörlerin etkisi bulunmaktadır (18,53).

Stres sempatik aktivasyon meydana getirir ve bunun sonucu olarak vazokonstriksiyon oluşur. Sempatik aktivasyonun artması hipertansiyona yatkınlık sağlar. Endüstriyel toplumlarda hipertansiyon gelişiminde stres önemli rol oynamaktadır. Stresli iş ortamında çalışanlarda da hipertansiyon daha sık görülmektedir (4,5,18).

Aşırı alkol alımı sonucu kan basıncında yükselme olduğu; küçük miktarda alındığında ise, böyle bir etkinin bulunmadığı ileri sürülmektedir. Alkolün etkisi doğrudan damar yatağında vazokonstriksiyon yanında sempatik sistemdeki tonus artışına bağlıdır (18,59).

Sigara önemli bir risk faktörüdür. Nikotinin kalp hızını arttırdığı ve periferik vazokonstrüksiyona neden olduğu belirtilmektedir (1,53).

Tuz tüketiminin fazla olduğu topluluklarda hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Tuz tüketiminin çok düşük olduğu ilkel topluluklarda ise, kan basıncı çağdaş yaşam süren toplumlarda olduğu gibi yaşlanmakla birlikte yükselme göstermez. Yaşlı, diyabetik ve hipertansif hastalarda diyetle tuz kısıtlamasının kan basıncını düşürücü etkisinin daha belirgin olduğu saptanmıştır (18).

Arsakay 'ın (2001) aktardığı üzere, Alexander'a göre esansiyel hipertansiyona yol açan etkenlerden biri, sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılmasına neden olan ve hipertansiyonla sonuçlanan öfkenin içte tutulmasıdır. Spielberger de sürekli öfke seviyesini hipertansiyon hastalarında yüksek bulmuştur. Wolf ve arkadaşları da hipertansiyonlu kişilerin hostilite ve anksiyetelerini bastıran kişiler olduğunu ve bu kişilerde periferik vasküler direncin arttığını söylemişlerdir (4).

Özer (1994b) çalışmasında, sürekli öfke ve öfke tarzı açısından hipertansiyon hastalarının kontrol grubundan ayrıldığını; öfkenin bastırılması ve hipertansiyon ilişkisi olduğunu saptamıştır (49).

A tipi kişilik özellikleri ( sabırsızlık, acelecilik, çok çalışma, saldırganlık, atılganlık, hırs, rekabet, kısa zamanda çok iş yapma, hızlı ve yüksek sesle konuşma ) önceleri hipertansiyon için risk faktörü olarak görülürken, daha sonraki çalışmalar A tipi kişilik özelliklerinin hipertansiyon için değil, koroner kalp hastalığı için bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (4,29).

### **1.5.2.3. Belirti ve Bulgular**

Hipertansiyon genellikle bir başka nedenle yapılan muayene sırasında saptanmaktadır. Hastaların bir bölümü hipertansiyon komplikasyonları veya

sekonder hipertansiyona ait nedenlerin semptomlarıyla hekime gelmektedir (18,53).

Hipertansiyona bağlı en sık yakınma, sabah saatlerinde enseden başlayıp oksipital bölgeye yayılan zonklayıcı tarzda ağrı ve bazen de burun kanamasıdır (44,53).

Baş dönmesi, senkop, tremor, anormal terleme, görmede bulanıklık, kulak çınlaması, çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi belirtiler görülebilmektedir (18).

Kronik hastalıkların bir çoğunda olduğu gibi hipertansiyonda da hastalık yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemekte ve bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalıklarda tedavinin amacı, hastayı eski sağlığına kavuşturmak değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Dolayısıyla birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (6,10,34).

Bireyin kendi sağlık bakımına katılımını sağlamak, hemşirenin buradaki sorumluluğunu oluşturmaktadır.

### **1.5.3. ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

#### **1.5.3.1. Öz-Bakım Kavramı**

Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için, bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikleri kapsayan öz-bakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır. Hastalıkların oluşumunu önlemek, sağlığı korumak ve yükseltmek için bireyin kendisi tarafından başlatılan bir dizi etkinlik yada aktivite olarak da tanımlanabilir (2,15,22,50).

Bir erişkinin kendi sağlığı ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır. Öz-bakım insanların sadece hastalıklarını değil, bunun yanı sıra iyilik

hallerini, vücutları için sorumluluk almalarını, sağlık içinde yaşamalarını, enerjilerini kontrol etmek ve vücutları, ihtiyaçları hakkında bireysel öğretim, tehlikelere hızlı cevap verme, tıbbi kaynakları kullanmanın ne zaman ve nasıl olduğunu bilmektir (50).

Öz-bakımda birey öz-bakım ajanı olarak kabul edilir. Ajan ifadesi “eylemi yapan kişi” anlamında kullanılmaktadır. Öz-bakımı sağlayanlar “Öz-bakım Ajanı” olarak isimlendirilirken; yeni doğan bakımı, çocuk bakımı ve bağımlı yetişkin bakımını sağlayanlar “Bağımlı Bakım Ajanı” olarak isimlendirilir (15,50).

Öz-bakım etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır ve zamanla gelişir. Bireyin öz-bakımı çocukluktan ileri yaşlara doğru gelişim göstererek değişmektedir. Bu değişimin bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, yaşadığı toplumun kültürü, günlük yaşamda olanakları kullanabilmesi gibi faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, öz-bakım doğrudan benlik kavramından etkilenir ve kişinin benlik saygısı ve ben imajına katkıda bulunur (2,10,15).

Öz-bakım kavramı Dorothe E. Orem tarafından geliştirilerek, ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem’in hemşirelik kuramı birey ve bireyin öz-bakım gereksinimleri üzerinde odaklanmaktadır. Hemşireliğin ilgi alanı insanın yaşam ve sağlığının devamı, hastalık ve sakatlıklardan kurtulma ve bunların olumsuz etkileri ile baş edebilmektir. Hemşire, bireyin öz-bakımını üstlenebilmek için duyduğu gereksinimlerde yoğunlaşır. Bu nedenle Orem, insanın kendisine yeterli olmadığı durumlar olduğu için hemşireliğin geliştiğini öne sürer (12,15,50).

Orem’in geliştirdiği hemşirelik kuramı birbiriyle ilişkili üç kuramdan oluşur ve ana kavramlar arasındaki ilişkileri tanımlar (15) :

- (1) Öz-bakım kuramı ( yaşamın sürekliliği için öz-bakımın neden gerekli olduğunu açıklar )

- (2) Öz-bakım yetersizliği kuramı ( hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklar )
- (3) Hemşirelik sistemleri kuramı ( insanlara hemşirelik ile nasıl yardım edilebileceğini açıklar )

Orem'in hemşirelik kuramının en güçlü yönü çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz-bakımı öncül olarak getirmesidir. Hasta kendisi öz-bakım olayına katılır; fakat, olayları algılamayan yada psikomotor işlevleri yaşam gereksinimlerine yada güvenceye yönelik olmayan hastalar için bu eksiklikler sistem içinde değerlendirilir ve giderilir. Orem, yetersizlik veya güçsüzlüğün şiddeti ve niteliğine bakılmaksızın, çoğu hastaların öz-bakım potansiyeline sahip olduğunu söyler (50).

Sağlık durumunu yetişkin öz-bakım yeteneklerini ve davranışlarını etkileme olasılığı olan temel faktör olarak görür. Yetişkinlerin iyi olduklarında kendi öz-bakım ihtiyaçlarının ne olduğunu saptayabilme ve bu ihtiyaçları sağlayabilme yeteneklerinin olduğunu savunur (10,32).

Orem, kuramında öz-bakım gereksinimlerini üç düzeyde tanımlar (10,12,15,50,60) :

- Evrensel öz-bakım gereksinimleri
- Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri
- Sağlıktan sapma durumunda öz-bakım gereksinimleri

#### **1.5.3.1.1. Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri**

Bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan temel gereksinimlerdir. Bir insanın doğuştan gelen özellikleri nedeniyle hava, su, yiyecek gibi bazı temel maddeleri almaya; yaşam süreçlerini destekleyen ve sürekliliğini sağlayan yapısal ve işlevsel bütünlüğünü sürdürmeye gereksinimi vardır. Evrensel öz-bakım gereksinimleri herkesin sahip olduğu gereksinimlerdir; gelişimin ve yaşamın bütün aşamalarında ortak olarak bulunur (10,15).

Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz-bakım yeteneklerine sahip olması gerekir (10,15).

Sağlıklı bir birey için gerekli olan sekiz evrensel öz-bakım gereksinimi tanımlanmıştır. Bunlar (10,15,50) ;

- (1) Yeterli hava alımının sürdürülmesi,
- (2) Yeterli su alımının sürdürülmesi,
- (3) Yeterli yiyecek alımının sürdürülmesi ,
- (4) Boşaltım işlemleri ve salgılar ile ilgili bakımın sağlanması,
- (5) Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sürdürülmesi,
- (6) Yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi,
- (7) İnsanın yaşamı, işlevselliği ve iyilik durumuna karşı tehlikelerin önlenmesi,
- (8) Normal olma. İnsanın normal olma isteğine ve bilinen insan sınırları ve potansiyeline göre sosyal gruplar içinde işlev görmesi ve bunun geliştirilmesidir.

#### **1.5.3.1.2. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri**

İnsanın gelişmesini etkileyen ve yaşamını destekleyen yaşam koşullarının düzenlenmesini içerir. Gelişimsel öz-bakım ihtiyaçları evrensel öz-bakım ihtiyaçlarını bir araya getirmek için yaşamı desteklemeye odaklanır. Yaşam sürecini ve aynı zamanda gelişimsel süreci olumsuz etkileyen koşulları önlemeyi kapsar (10,12).

İnsan, yaşam sürecini destekleyen ve gelişmeyi sağlayan temel yaşam koşullarının sürdürülmesi ile daha ileri düzeylere doğru ve aşağıdaki evreler boyunca olgunlaşarak ilerler. Bu evreler (10,15) ;

- Yaşamın intrauterin dönemi ve doğum süreci,
- Yaşamın neonatal dönemi :1) Zamanında doğum yada prematürelilik, 2) Normal yada düşük doğum tartısında olmak,
- Bebeklik dönemi,

- Çocukluk döneminin gelişimsel basamakları olan puberte ve adölesan dönemi,
- Gebelik dönemidir.

Öz-bakım becerisi çocuklukta gelişmeye başlar, yetişkinlikte tamamlanma derecesine doğru devam eder ve ileri yaşta azalır (10).

Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri insanın gelişmesini etkileyebilecek aşağıdaki durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmasını; bu etkilerle başa çıkabilmek yada bunlardan en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını gerektirir (10,15) :

- Eğitim yoksunluğu,
- Sosyal uyum sorunları,
- Sağlıklı kişilik gelişiminde yetersizlikler,
- Akraba, arkadaş ve dost kaybı,
- Tanıdık olmayan bir çevreye ani geçiş,
- Toplumsal durum (statü) ile ilgili sorunlar,
- Kötü sağlık yada sakatlık,
- Zorlayıcı yaşam koşulları,
- Terminal hastalık yada ölüm tehdidi altında olma durumudur.

#### **1.5.3.1.3. Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri**

Sağlıktan sapma durumunda öz-bakım ihtiyaçları yaşamsaldır. Sağlıktan sapma durumları bireysel yapı ve fonksiyonlar üzerinde travma, hastalık etkileri, defektler ve konjenital bozukluklardır (10).

Orem'e göre hemşireliğe gereksinim, bireylerin sağlıklarıyla ilgili deneyimlerinden doğmaktadır. Sağlıktan sapma durumlarında, öz-bakım gereksinimlerini karşılamak için araya giren hemşirelik girişimlerinin amacı,

öz-bakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı etkinlikleri oluşturmaktır (15).

### 1.5.3.2. Öz-Bakım Gücü

Öz-bakım, bireylerin içsel ve dışsal etmenleri etkileyerek kendilerinin bakımı için harekete yada eyleme geçmeleri şeklinde ortaya çıkarken, öz-bakım gücü bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma yada uygulama yeteneğidir (57).

Öz-bakım gücü, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir (2, 50).

Çocukluktan yaşlılığa kadar değişme ve gelişme gösteren öz-bakım gücü kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişen bir insani güç yada yetenektir (10,15).

İnsani güç bir kişinin eylem yapma yeteneği, güç yada bilgisidir ve zihinsel etkinliği, duygulanımları ve psikomotor gelişmeyi içerir. Gücün kullanımı karar vermeyi, tercihleri ve eylem yapmayı kapsar. Öz-bakım gücünün kullanılabilmesi için, bireyde bazı özellikler bulunmalıdır. Bunlar (10,15, 50) ;

- (1) Öz-bakım için önemli bir etmen olan ve öz-bakım ajanı olarak bireyin kendisine dikkat etme ve dikkati sürdürebilme yetisi,
- (2) Öz-bakım eyleminin harekete geçirilmesi ve sürdürülmesi için etkili olan, varolan fiziksel enerjinin kullanımını kontrol etme yeteneği,
- (3) Beden duruşunu kontrol etme yeteneği,
- (4) Karar vermeden önce bilinmesi gereken koşulları öz-bakım içinde yargılama yeteneği,

- (5) Güdülenme,
- (6) z-bakım kararlarını verme ve uygulama yeteneği,
- (7) Teknik bilgi edinme, uzmana danışma ve uygulama yeteneği,
- (8) z-bakımı gerçekleştirmede kişiler arası iletişim, bilişsel, algısal ve yönlendirici becerilere sahip olma,
- (9) Farklı z-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında eylemleri sıraya koyma yeteneği ( ncelikleri belirleyebilme ),
- (10) z-bakım eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama yeteneğini içerir.

Birey bu özelliklere sahip olduğunda, öz-bakım gücü yeterli olacak ve öz-bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun bir şekilde karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmayacaktır (50).

z-bakım gücü çeşitli rollerin üstlenilmesini kapsayan bireyin benlik kavramı ile ilişkilidir. Yüksek z-bakım gücü olan bireylerin, düşük öz-bakım gücü olanlardan daha yüksek öz saygıya sahip olduğu ve kendileriyle çok daha iyi ilgilendikleri belirtilmektedir (10,22).

Bireyin z-bakım gücü algısı ve yetenekleri bir çok faktöre bağlıdır. Bunlar; kültürel geçmiş, sağlık inançları ve değerleri, bilinç, sosyo-ekonomik ve politik güçtür (10).

Koroner kalp hastalığı olan hastalarla öz-bakım gücü ile ilgili yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, iş durumu, alkol kullanma ve sigara içme gibi sağlıkla ilgili davranışlar, diabet gibi diğer hastalıklar ve cinsel yaşamdan memnuniyetin hastaların öz-bakım gücüyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (42).

Karapehlivan (2003) kanserli hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili araştırmasında, eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve lise mezunu hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının, ilkokul mezunu hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır (36).

Bakoğlu (1999) hipertansiyonu olan hastalarda öz-bakım gücünü değerlendirdiği çalışmasında, erkek hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu; hastaların hem kendisinin hem eşinin eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puanının yükseldiğini; çalışan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (6).

### 1.5.3.3. Öz-Bakım Yetersizliği

Bireyin sahip olduğu öz-bakım gücünün tedavi edici öz-bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı durumlarda, öz-bakım açığı yada yetersizliği ortaya çıkar. Eğer gereksinim bireyin beceri yada onu karşılama yeteneğini açan bir düzeydeyse, o zaman yetersizliği ortaya çıkaran dengesizlik söz konusudur. Bu durum “öz-bakım yetersizliği (açığı) ” olarak adlandırılır (10,15,50).

Birey öz-bakımını sürdürmede yetersiz olduğunda, bu durum öz-bakım gücünün uygun olmadığı ve beklenen öz-bakım davranışlarının geliştirilemeyeceği anlamına gelir (22).

Öz-bakım davranışları, bireyin eyleme dönüşmüş öz-bakım gücünün sonucu olarak ortaya çıkar. Bu yetenek yada güç her insanda vardır ve bireyler arasında değişik düzeyde ve özelliktedir. Eğer öz-bakım alanında bir yetersizlik varsa, birey öz-bakım sağlayıcısı olmaktan çok bir hastaya yada başkasına bağımlı olmaya yönelir (10).

Hasta birey bilgi, beceri ve motivasyon kaybından dolayı tedavi edici öz-bakım gereksinimlerini karşılamada öz-bakım gücü yetersizliğine sahip olabilir. Hemşire bireyin öz-bakımındaki yetersizlikler ve yanlışlıklarla ilgili ortaya çıkan problemleri tanımalıdır. Öz-bakım yetersizliği bakım ihtiyacı olarak tanımlanır. Hemşireliğin amacı, öz-bakım eylemlerini yerine

getiremeyen bireylere yardım etmektir. Hemşireler gerekli aktiviteleri planlayarak, bu aktiviteleri tamamen yada kısmen destekleyerek ve rehberlik yaparak bireysel sağlığı korumak ve geliştirmekten sorumludur (10,22).

Gereksinim etkili bir biçimde karşılandığında aşağıda sıralanan durumların gerçekleşmesi sağlanmış olur (10) :

- Yaşam sürecinin desteklenmesi,
- Normal sınırlar içinde insan yapı ve işlevselliğinin sürdürülmesi,
- İnsan potansiyeline uygun olan gelişimin desteklenmesi,
- Patolojik durum ve yaralanmalardan korunma,
- Yaralanma ve patolojik durumları kontrol altına alma yada kontrol altına almaya katkıda bulunma,
- Genel iyilik durumunu geliştirme.

#### **1.5.3.4. Hemşirelik Sistemi ve Hemşirenin Rolü**

Orem'e göre hemşirelik girişimi gerektiren durumlar bireyin kendi yetenekleri ile mevcut gereksinimleri arasında dengeyi sürdüremediği durumlardır (12).

Bireyin sağlık gereksinimlerini nasıl karşılayacağı yada varolan potansiyelini tedavi edici öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde, hangi yaklaşımların ele alınması gerektiği hemşirelik sisteminde yer alır. Tedavi edici öz-bakım talebi, öz-bakım gereksinimlerini karşılamak için gerekli öz-bakım hareketidir (50).

Hemşirelik sistemleri hasta birey ve hemşirelerin birlikte belirledikleri, planladıkları ve yerine getirdikleri aktivitelerin tümüdür. Hemşirelik uygulaması için beş aktivite alanı şunlardır (50,60) :

- (1) Hemşire - hasta ilişkilerini kurmak ve sürdürmek,
- (2) Bireye, hemşirelik hizmetleri ile yardım edilebiliyor mu belirlemek,
- (3) Hastanın gereksinimlerine ve ihtiyaçlarına cevap vermek,

- (4) Hemşirelik hizmetleri ile hastaya ve aileye yardım sağlamak,
- (5) Hasta tarafından ihtiyaç duyulan diğer hizmetlerle hemşireliği bütünleştirmek ve eşgüdümlemek.

Hemşireliğin amacı tedavi edici öz-bakım gereksinimlerini belirlemede ve karşılamada insanlara yardım etmektir. Bu amacın üç ögesi vardır (10,15) :

- (1) Hastanın tedavi edici öz-bakımı ile baş etmesinde yardımcı olmak,
- (2) Hastanın öz-bakım eylemlerinde bağımsızlığını ve sorumluluğunu arttıracak biçimde yönlendirilmesine çalışmak,
- (3) Uygun hemşirelik denetimi ve danışmanlığı ile hastanın bakımını sağlama ve sürdürmede aile yada diğer önemli kişilere yardımcı olmak

Hemşirelik sistemi hastaların öz-bakım gayretini desteklemek ve hastanın şekillenmiş öz-bakım aktivitelerini karşılamak için doğrudan ve dolaylı bakımı sağlamada etkilidir (50). Tanı koyucu, açıklayıcı ve hemşirelik uygulamasını düzenleyici etkinlikler olarak ortaya çıkan bu sistem, hemşireler tarafından oluşturulan dinamik bir eylem bütünüdür (10).

Orem hasta yada sağlam bireyin gereksinimlerinin karşılanması için üç temel hemşirelik sistemi tanımlar (10,15, 50) :

- (1) Eksikliği Tümüyle Giderici Hemşirelik Sistemi ; Öz-bakım aktiviteleri yetersiz olan hastanın bakımını tümüyle hemşire üstlenir. Yeni doğan ve komadaki hastalar gibi bakımını hiçbir şekilde karşılayamayan hastalar içindir.
- (2) Eksikliği Kısmen Giderici Hemşirelik Sistemi ; Öz-bakım aktiviteleri hasta ve hemşire tarafından birlikte gerçekleştirilir. Hem hasta hem de hemşire büyük bir rol üstlenir. Hareket

etmek için daha fazla yardım gereksinimine ihtiyacı olan, ameliyat olmuş bir hasta bu sisteme örnek olarak verilebilir.

- (3) Destekleyici – Eğitsel Hemşirelik Sistemi ; Hastanın öz-bakımını sağlamada yeterli olduğu ancak bu aktiviteleri başarmada hemşirenin destekleyici, rehberlik edici ve gelişme sağlayıcı bir çevreyi oluşturmasını içerir. Örneğin; ilaç tedavisi için teknik ve becerilere ilişkin eğitim verilmesi, diyetin önemini anlatılması, deri ve ayak bakımının öğretilmesi vb. durumlarda hemşire eğitici, destekleyici ve rehberlik edici rolünü kullanarak bu sistemi gerçekleştirebilir.

Hemşire hemşirelik sistemlerine dayanarak hastaya yardımcı olur. Hemşirenin rolü, bireyin öz-bakımındaki yetersizliğini tanımlayabilme derecesini belirleyebilme ile başlar. Aynı zamanda, hastanın kendi gereksinimlerine yönelebilmeye yeteneğine sahip olması ve öğrenmesinde, yapılması gereken aktivitelerin planlanmasında, bu aktivitelerin tümüyle yada kısmen ve destekleyici, rehberlik edici rolü sayesinde yerine getirmesinden sorumludur (15, 50).

#### **1.5.4. Öfke Ve Öz-bakım Gücü İle İlgili Araştırmalar**

Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) hipertansiyonlu hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalamasının  $98,9 \pm 20,1$  ; etkili faktörlerin cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanan yer, sağlık güvencesi olarak saptanmıştır (6).

Kara ve Akbayrak (2001) Tip II diabetes mellituslu hastalarının öz-bakım gücü ve metabolik kontrol düzeyleri ile ilgili çalışmada, öz-bakım gücü puan ortalamasını  $100,77 \pm 19,00$  olarak bulmuşlardır (33).

Fındık'ın (2001) amputasyon uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması eğitim öncesi  $80,91 \pm 14,33$  , eğitim sonrası  $100,6 \pm 13,28$  olarak belirlenmiştir (25).

Bayram'ın (2001) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve öz-bakım gücüyle ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması  $102,12 \pm 15,96$  ; etkili faktörlerin ise birlikte yaşanan kişiler ve sosyal güvence durumu olduğu bulunmuştur (10).

Coşkun'un (2002) mastektomi ameliyatı olmuş kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması  $118,2 \pm 12,52$  olarak belirlenmiştir. Öz-bakım gücü ile sosyodemografik değişkenler arasında bir ilişki saptanmamıştır (15).

Ardahan'ın (2002) huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz-bakım gücüyle ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması kadınlarda  $96,59 \pm 15,10$  , erkeklerde  $94,79 \pm 15,94$  olduğu; ayrıca huzurevinde yaşayan yaşlıların öz-bakım gücü puan ortalamasının aile ortamında yaşayanların puan ortalamasından yüksek olduğu bulunmuştur (3).

Karapehlivan'ın (2003) kanserli hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü üzerinde etkili faktörler olarak, eğitim düzeyi, hastanede yatma durumu, hastaların kemoterapi tedavisinde yaşadıkları sorunlar belirlenmiştir (36).

Erci ve Okanlı'nın (2004) intihar girişimi ve öz-bakım gücü ilişkisi ile ilgili çalışmasında, genel öz-bakım gücü puanı  $79,00 \pm 2,78$  olarak saptanmıştır (22).

Akduman ve arkadaşlarının (2004) sağlıklı ergenlerin öz-bakım güçleriyle ilgili araştırmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması  $95,63$  olarak

bulunmuştur. Etkili faktör olarak, sınıf durumu, ev niteliği, alkol ve sigara kullanma durumu bulunmuştur (2).

Süzek ve Çakmak'ın (2004) sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-bakım güçleriyle ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalamasının  $96,6 \pm 18,2$  ; etkili faktörlerin öğrencilerin şu anda kaldıkları yer ve sosyal güvence kurumu olarak belirlenmiştir (57).

Düzöz (2005) hipertansiyonlu hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalamasının  $100,04 \pm 17,62$  olduğunu ; etkili faktörlerin ise eğitim düzeyi, yaşanan yer, yaş, aile tipi, sosyoekonomik düzey ve hipertansiyonlu olma süresi olduğunu bulmuştur (17).

Bozkurt ve arkadaşlarının (2005) riskli gebelerde öz-bakım gücü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili araştırmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması  $85,17 \pm 27,29$  olarak bulunmuş ve riskli gebelerin öz-bakım gücü yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artma olduğu saptanmıştır (13).

Özer'in (1994b) aktardığı üzere, Özer ve arkadaşlarının yüksek tansiyon hastalarında öfke ve öfke ifade tarzları ile ilgili araştırmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $23,14 \pm 7,43$  , öfke kontrol puan ortalaması  $23,56 \pm 6,20$  , öfke dışı puan ortalaması  $14,52 \pm 5,57$  , öfke içte puan ortalaması  $18,88 \pm 4,62$  olarak bulunmuştur (49).

Durmuş ve arkadaşlarının (2000) hemşirelerin öfke düzeyleri ile ilgili çalışmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $20,86 \pm 5,72$  , öfke kontrol puan ortalaması  $21,02 \pm 5,0$  , öfke dışı puan ortalaması  $15,79 \pm 3,61$  , öfke içte puan ortalaması  $16,01 \pm 3,85$  olarak bulunmuştur. Sürekli öfke ve öfke ifadeleri alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenler (yaş, medeni durum, çalışma yılı, eğitim düzeyi, çalışılan bölüm, gelir v.b.) arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (16).

Karabulut ve arkadaşlarının (2004) hipertansiyonlu bireylerde öfke ile ilgili çalışmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $26,23 \pm 5,84$  , öfke içte puan ortalaması  $19,81 \pm 4,36$  , öfke dışı puan ortalaması  $17,61 \pm 4,85$  , öfke kontrol puan ortalaması  $20,33 \pm 5,91$  olarak saptanmıştır. Etkili faktör olarak, öfke dışı puan ortalaması için diastolik kan basıncı; öfke içte puan ortalaması için sistolik kan basıncı saptanmıştır (34).

Güleç (2004) ve arkadaşlarının fibromiyalji sendromu olan kadınlarda öfke ile ilgili çalışmasında, öfke dışı puan ortalaması  $16,9 \pm 5,5$  , öfke içte puan ortalaması  $18,7 \pm 4,9$  , öfke kontrol puan ortalaması  $20,2 \pm 5,7$  , sürekli öfke puan ortalaması  $25,3 \pm 7,2$  olarak bulunmuştur (30).

Engin ve Çam'ın (2005) psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile ilgili çalışmasında, sürekli öfke puan ortalamaları  $18,01 \pm 3,45$  , öfke kontrol puan ortalamaları  $23,36 \pm 3,96$  , öfke içe puan ortalamaları  $14,62 \pm 2,88$  , öfke dışı puan ortalamaları ise  $14,32 \pm 2,77$  olarak belirlenmiştir (19).

Kuruçay (2005) ve arkadaşlarının acil serviste çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile ilgili çalışmasında, öfke içte puan ortalaması  $16,47 \pm 3,68$  , öfke dışı puan ortalaması  $15,09 \pm 3,61$  , öfke kontrol puan ortalaması  $21,61 \pm 4,20$  , sürekli öfke puan ortalaması  $21,14 \pm 5,15$  olarak saptanmıştır. Etkili faktörler olarak, öfke içte puan ortalaması için acil serviste çalışma yılı; öfke dışı puan ortalaması için acil serviste çalışma memnuniyet durumu ve kişilerarası ilişkiler; öfke kontrol puan ortalaması için algılanan ruh sağlığı ve kişilerarası ilişkiler; sürekli öfke puan ortalaması için yaş, medeni durum, mesleki yıl, acil serviste çalışma yılı ve memnuniyet durumu belirlenmiştir (39).

Gürkan (2005) ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin öfke duyguları ve ruhsal belirti dağılımları ile ilgili çalışmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $20,24 \pm 4,55$  , öfke içte puan ortalaması  $16,74 \pm 3,98$  , öfke dışı

puan ortalaması  $16,41 \pm 3,47$  , öfke kontrol puan ortalaması  $20,08 \pm 4,33$  olarak bulunmuştur (20).

Engin (2005) ve arkadaşlarının alkol ve madde bağımlılarında öfke duygusu ile ilgili araştırmasında, hastaların sürekli öfke puan ortalamaları  $24,34 \pm 7,17$  , öfke içte puan ortalamaları  $19,26 \pm 4,37$  , öfke dışta puan ortalaması  $18,46 \pm 4,80$  , öfke kontrol puan ortalamaları ise  $20,96 \pm 4,78$  olarak saptanmıştır (21).

Erkek (2005) ve arkadaşlarının yüksek tansiyon tanısı alan bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının belirlendiği araştırmasında, öfke içte puan ortalaması  $13,92 \pm 2,90$  , öfke dışta puan ortalaması  $12,38 \pm 2,68$  , öfke kontrol puan ortalaması  $21,57 \pm 2,70$  ve sürekli öfke puan ortalaması  $16,76 \pm 4,18$  olarak saptanmıştır. Etkili faktörler olarak, öfke dışta puan ortalaması için cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, ruh sağlığı değerlendirme durumları, öfkeyle baş etme durumları; öfke içte puan ortalamaları için ruh sağlığı değerlendirme durumları; öfke kontrol puan ortalamaları için medeni durum, ruh sağlığı değerlendirme durumları ve öfkeyle baş etme durumları; sürekli öfke puan ortalamaları için ise cinsiyet, medeni durum, meslek, ruh sağlığı değerlendirme durumu ve öfkeyle baş etme durumları belirlenmiştir (23).

Karaca ve Şahin'in (2005) görme engelli ergenlerin öfke düzeyi ve öfke ifade tarzlarını inceledikleri araştırmada, sürekli öfke puan ortalaması  $25,17 \pm 6,37$  , öfke kontrol puan ortalaması  $19,88 \pm 6,17$  , öfke dışta puan ortalaması  $18,90 \pm 6,09$  , öfke içte puan ortalaması  $18,69 \pm 5,61$  olarak bulunmuştur (35).

## **BÖLÜM II**

### **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **2.1. Araştırmanın Tipi**

Hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz-bakım gücü ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma ilişkisel, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

#### **2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'nda, 01 Temmuz – 01 Ağustos 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

1983 yılı Aralık ayında hizmete açılan Buca 2 nolu Sağlık Ocağı, 34482 kişilik nüfusa hizmet vermektedir. 24 saat hizmet veren sağlık ocağında, 19 pratisyen hekim, 4 hemşire, 18 ebe, 1 eczacı, 1 memur, 2 laboratuvar teknisyeni, 4 çevre sağlık teknisyeni, 1 sıtma savaş işçisi ve 8 yardımcı hizmetli olmak üzere toplam 58 kişi görev yapmaktadır.

#### **2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'na başvuran Hipertansiyon tanısı almış bireyler araştırmanın evrenini, 01 Temmuz – 01 Ağustos 2005 tarihleri arasında başvuran, en az altı ay önce Hipertansiyon tanısı almış, araştırmaya katılmayı kabul eden 305 birey örneklemini oluşturmuştur.

#### **2.4. Veri Toplama Yöntemi**

Bu araştırmada, Birey Tanıtım Formu, Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği ( SÖÖTÖ ) ve Öz-bakım Gücü Ölçeği görüşme yöntemi ile uygun zaman ve yerde uygulanmıştır.

### 2.4.1. Birey Tanıtım Formu

Araştırmanın amacına yönelik olarak geliştirilen, Birey Tanıtım Formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum gibi sosyo – demografik özellikleri ve sağlık öyküsünü belirlemeye yönelik 23 maddeden oluşmaktadır (Ek -1). Başka bir fiziksel rahatsızlığın olup olmadığının sorulduğu 18. soruda 17 Başlıklı Hastalık Sınıflaması kullanılmıştır (51).

### 2.4.2. Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği ( SÖÖTÖ )

Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, gençlere ve yetişkinlere uygulanabilen, kendini değerlendirme ölçeği olan Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği, 34 maddeden oluşmaktadır. Spielberger ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup; ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özer tarafından 1994 yılında gerçekleştirilmiştir (49) (Ek - II).

Ölçekteki ilk 10 madde Sürekli Öfke alt ölçeğinin maddeleridir. Öfke Tarz alt ölçeğinde Öfke İçte (13,15,16,20,23,26,27,31. maddeler), Öfke Dışa (12,17,19,22,24,29,32,33. maddeler) ve Öfke Kontrol (11,14,18,21,25,28,30,34. maddeler) alt ölçekleri vardır. Öfke Tarz alt ölçeğinde maddeler rast gele bir dağılıma göre sıralanmıştır. Bu dağılım ölçeğin İngilizce orijinaline bağlı kalınarak yapılmıştır. Sürekli Öfke ölçeğinin yönergesinde kişinin kendisini genelde nasıl hissettiğini; Öfke Tarz ölçeğinde ise genelde ne sıklıkta sözü edilen şekilde davrandığını belirtmesi istenmektedir (30,48,49,54,58).

Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri bir ölçektir. Kişi her bir maddeyi okuduktan sonra yanıtını “Hemen Hiçbir Zaman (1)” , “Bazen (2)” , “Çoğu Zaman (3)” , “Hemen Her Zaman (4)” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtir. Toplam puan her bir maddede elde edilen ölçek aralığı puanlarının toplanmasıyla elde edilir.

Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınacak en düşük puan 10 ve en yüksek puan 40'tır. Öfke Tarz alt ölçeğinin her bir alt ölçeğinden (Öfke İçte, Öfke Dışa ve Öfke Kontrol) alınacak en düşük puan 8 ve en yüksek puan ise 32'dir (45,49,54).

Sürekli Öfke'den alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (45,54).

Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı sürekli öfke alt ölçeği için 0,83 , öfke içte alt ölçeği için 0,71 , öfke dışa alt ölçeği için 0,79 , öfke kontrol alt ölçeği için 0,83 olarak bulunmuştur.

### **2.4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği**

Bireyin kendi yaşamında, sağlığını sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmedeki yeteneklerinin birey tarafından algılanışını ölçen Öz-Bakım Gücü Ölçeği, Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında, 43 madde halinde geliştirilmiş olan The Exercise of Self-Care Agency Scale'sından çıkartılmış, 35 maddelik kısaltılmış formdur. Nahcivan tarafından 1993 yılında, sağlıklı gençlerde geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (2,15,33,43,45,50) (Ek - III).

Bireyin kendi kendine uygulayabileceği kolay bir ölçektir. Zaman sınırlaması yoktur ve 7 -10 dakikada tamamlanabilir. Öz-bakım Gücü Ölçeği'nde her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. "Beni çok iyi tanımlıyor" yanıtına "4" puan, "beni biraz tanımlıyor" yanıtına "3" puan, "fikrim yok" yanıtına "2" puan, "beni pek tanımlamıyor" yanıtına "1" puan, "beni hiç tanımlamıyor" yanıtına ise "0" puan verilir (45).

İfadelerden sekizi ( 3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31. ifade ) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine döndürülür; puan değerleri yer değiştirir (2,10,15,50).

Ölçek dört özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar; durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (2,15).

Ölçekten elde edilen puan bireyin sağlığı ve iyiliğini sürdürmek konusundaki yeteneğinin düzeyini yansıtır (45). En yüksek puan 140'tır. Puan yükseldikçe öz-bakım gücü artar (15).

Bu çalışmada Öz-bakım gücü ölçeği için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

## 2.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler** : Hipertansiyonu olan hastaların öz-bakım gücü, öfke ve öfke tarzları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler** : Hipertansiyonu olan hastaların yaşları, cinsiyeti, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, hipertansiyon öyküsü ve sağlık değerlendirmeleri araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak belirlenmiştir.

## 2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayarda SPSS 11.0 paket programında, yüzdeler, ortalama, standart sapma, t testi, varyans analizi ve Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

## 2.7. Süre Ve Olanaklar

Araştırma 7 Nisan 2005 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Veriler Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'nda, 01 Temmuz – 01 Ağustos 2005 tarihleri

arasında toplanmıştır. 27 Şubat 2006 tarihinde yüksek lisans tezi olarak sunulmuştur.

## **2.8. Etik Açıklamalar**

Araştırmada kullanılan ölçekler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan kişilerden izin alınmıştır (Ek -4, Ek -5). Araştırmanın Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'nda yapılabilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 07.06.2005 tarihinde izin alınmıştır (Ek -6). Araştırmaya katılan hastaların sözlü onayı alınmıştır.

## BÖLÜM III

### 3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki hipertansiyonlu hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler; hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri; öfke ve öz-bakım gücü puan ortalamaları dağılımları; hastaların öfke ve öz-bakım gücü puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklerle ilişkisi; hastaların hastalık özellikleri ile öfke ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki; hastaların öfke ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenecektir.

#### 3.1. Hipertansiyonu Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 2: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı ( N= 305)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	227	74,4
	Erkek	78	25,6
Yaş Grubu $\bar{X} \pm SD = 57,06 \pm 9,73$	35-44	24	7,9
	45-54	112	36,7
	55-64	92	30,2
	65 ve üzeri	77	25,2
Medeni Durum	Evli	231	75,8
	Bekar	3	1,0
	Eşi Ölmüş	55	18,0
	Boşanmış	16	5,2
En Uzun Yaşanan Yer	Büyük Şehir	208	68,2
	İl	28	9,2
	İlçe-kasaba	29	9,5
	Köy	40	13,1
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu Değil	87	28,5
	İlkokul Mezunu	149	48,9
	Orta Okul	25	8,2
	Lise	30	9,8
	Fakülte - Yüksekokul	14	4,6

Kiminle Yaşadığı	Eş ve çocuklarla	125	41,0	
	Yalnız	28	9,2	
	Eşle	77	25,3	
	Çocuklarla	28	9,2	
	Akrabalarla	47	15,3	
Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	30	9,8	
	Hayır	275	90,2	
Sosyo-ekonomik Durum Değerlendirmesi	Çok Düşük	22	7,2	
	Düşük	76	24,9	
	Orta	207	67,9	
Sağlık Güvencesi	Var	Emekli Sandığı	79	26,1
		Bağ-kur	34	11,3
		SSK	181	60,0
		Yeşil Kart	8	2,6
		Toplam	302	100,0
	Yok	3	1,0	
Toplam		305	100,0	

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması  $57,06 \pm 9,73$ 'tür. Cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, %74,4'ü kadın, %25,6'sı erkektir. Hastaların %75,7'si evli, %1,0'ı bekar, %18,0'ı eşi ölmüş, %5,2'si boşanmış olduğu; %68,2'sinin büyük şehirde, %9,2'sinin ilde, %9,5'inin ilçe ve kasabada, %13,1'inin ise köyde en uzun süre yaşadığı; hastaların %28,5'inin ilkokul mezunu olmadığı, %48,9'unun ilkokul mezunu, %8,2'inin ortaokul, %9,8'inin lise, %4,6'sının ise fakülte ve yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, hastaların %41,0'ünün eş ve çocuklarıyla, %9,2'sinin yalnız, %25,2'sinin sadece eşle, %9,2'sinin sadece çocuklarıyla, %15,2'sinin diğer akrabalarla yaşadıkları; %7,2'sinin çok düşük, %24,9'unun düşük, %67,9'unun orta sosyo-ekonomik düzeye sahip olduğu; %99,0'unun sağlık güvencesine sahip olduğu, sadece %1,0'ünün sağlık güvencesinin olmadığı; %9,8'inin bir işte çalıştığı, %90,2'sinin ise çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Hastaların Bir İşte Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı (N=305)

			Sayı	Yüzde (%)
Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	Düzenli ücretli	15	50,0
		İşveren	3	10,0
		Ücretsiz aile işçisi	1	3,3
		Yevmiyeli (Mevsimlik)	7	23,3
		Kendi hesabına	4	13,4
	Toplam		30	100,0
	Hayır	İşsiz/iş arıyor	4	1,4
		Ev kadını	162	58,9
		Emekli	107	39,0
		Mevsimlik Çalışan	2	0,7
Toplam		275	100,0	

Hastaların %4,9'u düzenli ücretli bir işte, %1,0'ı işveren olarak, %0,3'ü ücretsiz aile işçisi, %2,3'ü yevmiyeli bir işte, %1,3'ü kendi hesabına çalışmaktadır. Çalışmama durumlarına baktığımızda, hastaların %1,3'ü işsiz ve iş arıyor, %53,1'i ev kadını, %35,1'i emekli, %0,7'si mevsimlik çalışandır (Tablo 3).

Tablo 4: Hastaların Hipertansiyon Öykülerine Göre Dağılımı ( N= 305 )

Hastalık Özelliği		Sayı	Yüzde (%)	
Kaç yıldır HT (Hastalık Yaşı) $X \pm SD = 8,07 \pm 6,44$	1 yıl ve altı	34	11,1	
	2-10 yıl	198	64,9	
	11-19 yıl	46	15,1	
	20 yıl ve üstü	27	8,9	
Ailede Hipertansiyon	Evet	Annede	58	33,5
		Babada	15	8,7
		Anne ve babada	16	9,2
		Anne, baba ve kardeşte	22	12,8
		Kardeşte	18	10,4
		Anne ve kardeşte	34	19,6
		Baba ve kardeşte	10	5,8
	Toplam	173	100,0	
Hayır		132	43,3	

Tansiyonu Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılanlar	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	247	81,0*
	Egzersiz yapıyorum	63	20,7*
	Diyet yapıyorum	130	42,6*
	Bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlıyorum	166	54,4*
	Diğer	15	4,9*
HT Yaşama etkisi	Hiç etkilemedi	21	6,9
	Etkilemedi	42	13,8
	Şöyle Böyle Etkiledi	55	18,0
	Etkiledi	88	28,9
	Çok Etkiledi	99	32,5
Sigara kullanma	Evet	78	25,6
	Hayır	227	74,4
Alkol Kullanma	Evet	16	5,2
	Hayır	289	94,8
Toplam		305	100,0

\* Birden fazla yanıt olduğu için satır yüzdesi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların hipertansiyon hastası olma yılı ortalama  $8,07 \pm 6,44$  yıldır. Hastaların %56,7'si ailesinde başka hipertansiyon hastası olduğunu belirtmiştir. Tansiyonu kontrol altında tutmak için, hastaların %81,0'ı ilaçlarını düzenli kullanmakta; %20,7'si egzersiz yapmakta; %42,6'sı diyet yapmakta; %54,4'ü bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlamaktadır. Hastaların %4,9'u ise tansiyonu kontrol altında tutmak için, stresten uzak durduğunu, istirahat ettiğini, çok su içtiğini, arada sırada yada tansiyonu çıkınca ilaç kullandığını, akşam dörtten sonra yemek yemediğini belirtmiştir (Tablo 4).

Hastaların %6,9'u hipertansiyonun yaşamlarını hiç etkilemediğini, %13,8'i etkilemediğini, %18,0'i şöyle böyle etkilediğini, %28,9'u etkilediğini, %32,5'i çok etkilediğini belirtmiştir. Hastaların %25,6'sı sigara; %5,2'si ise alkol kullandığını ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 5: Hastaların Fizik ve Ruh Sağlığı Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Özellik			Sayı	Yüzde (%)
Başka Bir Fiziksel Hastalık (N=305)	Var	Urlar	2	0,7*
		Beslenme ve metabolizma hastalıkları	62	20,3*
		Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları	3	1,0*
		Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	9	3,0*
		Dolaşım sistemi hastalıkları	29	9,5*
		Solunum sistemi hastalıkları	10	3,3*
		Sindirim sistemi hastalıkları	21	6,9*
		Ürogenital sistemi hastalıkları	11	3,6*
		Deri ve deri altı dokusu hastalıkları	1	0,3*
	Kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	35	11,5*	
	Yok		165	54,1
Ruhsal Hastalık	Var	Depresyon	29	78,3
		Panik atak	2	5,5
		Anksiyete	6	16,2
		Toplam	37	100,0
	Yok		268	87,9
Fiziksel Sağlık Değerlendirmesi		Çok Kötü	23	7,5
		Kötü	29	9,5
		Şöyle Böyle	118	38,8
		İyi	109	35,7
		Çok İyi	26	8,5
Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi		Çok kötü / Kötü	35	11,5
		Şöyle Böyle	98	32,1
		İyi	146	47,9
		Çok iyi	26	8,5
Önemli Olay	Evet	Ölüm olayı	40	30,5
		Maddi problemler	15	11,4
		Sağlıkla ilgili sorunlar	22	16,8
		Ailevi sorunlar	44	33,6
		Kaza	10	7,7
	Toplam	131	100,0	

	Hayır		174	57,0
Boş Zaman Aktivitesi (N=305)	Kitap	Evet	37	12,1*
		Hayır	268	87,9*
	Spor	Evet	35	11,5*
		Hayır	270	88,5*
	Televizyon	Evet	209	68,5*
		Hayır	96	31,5*
	Müzik	Evet	28	9,2*
		Hayır	277	90,8*
	Alışveriş	Evet	45	14,8*
		Hayır	260	85,2*
El işi	Evet	110	36,1*	
	Hayır	195	63,9*	
Gezmek, dolaşmak	Evet	26	8,5*	
	Hayır	279	91,5*	
Ev ziyaretleri	Evet	56	18,4*	
	Hayır	249	81,6*	
Kahveye gitmek	Evet	14	4,6*	
	Hayır	291	95,4*	
Diğer	Evet	123	40,3*	
	Hayır	182	59,7*	

\* Birden fazla yanıt olduğu için satır yüzdesi kullanılmıştır.

Hipertansiyon hastalarının %45,9'u başka fiziksel bir rahatsızlığı daha olduğunu; %54,1'i ise olmadığını belirtmiştir. Hastaların %87,9'u ruhsal bir hastalığının olmadığını; %12,1'i ise ruhsal bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Burada %9,5 oranla depresyon ilk sırayı almaktadır (Tablo 5).

Hastaların %7,5'i fiziksel sağlığını çok kötü, %9,5'i kötü, %38,7'si şöyle böyle, %35,7'si iyi, %8,5'i çok iyi olarak değerlendirmektedir. Hastaların %11,5'i ruhsal sağlığını çok kötü/kötü, %32,1'i şöyle böyle, %47,9'u iyi, %8,5'i çok iyi olarak değerlendirmektedir. Hastaların %43,0'ı son iki yıl içinde önemli bir olay yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5).

Boş zaman aktivitesi olarak, hastaların %12,1'i kitap okuduğunu; %11,5'i spor yaptığını; %68,5'i televizyon izlediğini; %9,2'si müzik

dinlediğini; %14,8'i alışveriş yaptığını; %36,1'i el işi yaptığını; %8,5'i gezip dolaştığını; %18,4'ü ev ziyaretlerinde bulunduğunu; %4,6'sı kahveye gittiğini; %40,3'ü uyumak, gazete okumak, bulmaca çözmek, bahçeye ilgilenmek, tespah çekmek, kuran okumak, torunlarla vakit geçirmek, tamirat işleriyle uğraşmak, sinemaya gitmek, ava gitmek gibi aktiviteleri belirtmişlerdir (Tablo 5).

### 3.2. Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puanlarının Dağılımı

Tablo 6 : Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puanlarının Dağılımı (N= 305)

	$\bar{X}$	Standart Sapma	Max.	Min.	Puan Aralığı
Sürekli Öfke	21,13	6,61	40,0	10,0	10 – 40
Öfke İçte	19,44	4,94	32,0	8,0	8 – 32
Öfke Dışa	13,10	4,49	32,0	8,0	8 – 32
Öfke Kontrol	23,40	4,97	32,0	9,0	8 – 32

Hastaların Sürekli Öfke puan ortalaması  $21,13 \pm 6,61$ , Öfke İfade Tarz ölçeceği alt ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla; Öfke İçte puan ortalaması  $19,44 \pm 4,94$ , Öfke Dışa puan ortalaması  $13,10 \pm 4,49$ , Öfke Kontrol puan ortalaması  $23,40 \pm 4,97$ 'dir (Tablo 6).

### 3.3. Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 7: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=305)

Tanıtıcı Özellikler	N	Sürekli Öfke	Öfke Tarz Ölçeği		
			Öfke İçte	Öfke Dışa	Öfke Kontrol
<b>Cinsiyet</b>					
<i>Kadın</i>	227	21,45 ± 6,74	20,27 ± 4,82	12,74 ± 4,45	23,58 ± 4,79
<i>Erkek</i>	78	20,19 ± 6,17	17,02 ± 4,52	14,14 ± 4,47	22,88 ± 5,48
		t= 1,461 p= 0,145	t= 5,217 p= 0,000	t= -2,384 p= 0,018	t= 1,073 p= 0,284
<b>Yaş Grubu</b>					
<i>35-44</i>	24	21,95 ± 7,64	17,54 ± 5,16	13,62 ± 3,96	22,20 ± 5,34
<i>45-54</i>	112	21,79 ± 6,94	19,60 ± 4,91	13,75 ± 4,91	23,50 ± 5,28
<i>55-64</i>	92	20,70 ± 6,15	19,73 ± 4,51	12,83 ± 4,31	22,75 ± 4,87
<i>65 ve üzeri</i>	77	20,42 ± 6,31	19,45 ± 5,38	12,83 ± 4,31	24,41 ± 4,38
		F= 0,916 p= 0,434	F= 1,336 p= 0,263	F= 1,796 p= 0,148	F= 2,088 p= 0,102
<b>Medeni Durum</b>					
<i>Evli</i>	231	21,26 ± 6,74	19,41 ± 5,03	13,36 ± 4,40	23,41 ± 5,08
<i>Eşi Ölmüş</i>	55	20,20 ± 6,20	20,16 ± 4,44	12,09 ± 4,90	23,69 ± 4,52
<i>Boşanmış</i>	16	22,43 ± 6,54	18,00 ± 5,08	13,37 ± 4,28	21,81 ± 4,98
(N=302)		F= 0,897 p= 0,409	F= 1,265 p= 0,284	F= 1,804 p= 0,166	F= 0,904 p= 0,406
<b>En Uzun Yaşanan Yer</b>					
<i>Büyük Şehir</i>	208	21,06 ± 6,78	18,90 ± 4,95	13,17 ± 4,75	23,61 ± 5,22
<i>İl</i>	28	22,17 ± 7,25	20,92 ± 4,37	13,17 ± 4,34	23,39 ± 4,91
<i>İlçe-kasaba</i>	29	20,86 ± 5,90	20,79 ± 5,34	13,13 ± 4,46	22,48 ± 4,08
<i>Köy</i>	40	20,95 ± 5,83	20,22 ± 4,67	12,62 ± 3,16	23,00 ± 4,32
		F= 0,264 p= 0,851	F=2,748 p= 0,043	F= 0,172 p= 0,916	F= 0,541 p= 0,654
<b>Eğitim Durumu</b>					
<i>İlkokul Mezun Değil</i>	87	22,56 ± 6,86	21,10 ± 4,73	13,06 ± 4,66	23,83 ± 4,42
<i>İlkokul Mezun</i>	149	21,40 ± 6,78	19,64 ± 4,97	13,20 ± 4,72	23,34 ± 5,26
<i>Orta Okul</i>	25	20,48 ± 6,36	18,16 ± 4,62	12,68 ± 4,51	23,44 ± 4,66
<i>Lise</i>	30	17,86 ± 4,46	16,13 ± 3,57	12,50 ± 3,26	22,46 ± 5,69
<i>Fakülte - Yüksekokul</i>	14	17,57 ± 3,77	16,42 ± 4,12	14,21 ± 3,19	23,28 ± 4,28
		F= 4,147 p= 0,003	F= 8,310 p= 0,000	F= 0,422 p= 0,793	F= 0,435 p= 0,783

<b>Kiminle Yaşadığı</b> <i>Eş ve çocuklarla</i> <i>Yalnız</i> <i>Eşle</i> <i>Çocuklarla</i> <i>Akrabalarla</i>	125	21,57 ± 7,12	19,34 ± 5,03	13,64 ± 4,21	23,17 ± 4,76
	28	19,17 ± 4,68	18,85 ± 4,81	11,17 ± 3,24	24,25 ± 4,16
	77	20,50 ± 6,03	19,57 ± 5,03	12,72 ± 4,28	23,93 ± 5,25
	28	22,89 ± 7,86	18,89 ± 4,75	14,50 ± 6,07	22,17 ± 5,39
	47	21,10 ± 6,13	20,19 ± 4,88	12,57 ± 4,79	23,38 ± 5,27
		F= 1,427 p= 0,225	F= 0,475 p= 0,754	F= 2,776 p= 0,027	F= 0,910 p= 0,459
<b>Bir İşte Çalışma Durumu</b> <i>Evet</i> <i>Hayır</i>	30	21,06 ± 6,88	17,43 ± 4,95	14,83 ± 4,48	22,66 ± 4,70
	275	21,14 ± 6,59	19,66 ± 4,90	12,91 ± 4,46	23,48 ± 5,01
		t = -0, 059 p= 0,953	t = -2,363 p= 0,019	t = 2,235 p= 0,026	t = -0, 857 p= 0,392
<b>Sosyo-ekonomik Durum Değerlendirmesi</b> <i>Çok Düşük</i> <i>Düşük</i> <i>Orta</i>	22	23,77 ± 6,48	21,09 ± 4,47	13,63 ± 4,37	22,40 ± 5,37
	76	22,84 ± 6,96	20,34 ± 5,12	13,42 ± 4,56	23,36 ± 4,89
	207	20,22 ± 6,32	18,94 ± 4,86	12,92 ± 4,49	23,52 ± 4,98
		F= 6,453 p= 0,002	F= 3,594 p= 0,029	F= 0,501 p= 0,607	F= 0,502 p= 0,606

Tablo 7'de hipertansiyon hastalarının tanıtıcı özelliklere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamaları incelendiğinde, sürekli öfke puan ortalaması kadınlarda (21,45 ± 6,74), erkeklerden (20,19 ± 6,17) daha yüksek olup; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t=1,461 , p>0,05). Öfke içte puan ortalamaları kadınlarda (20,27 ± 4,82) , erkeklerden (17,02 ± 4,52) daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t= 5,217 , p< 0,05). Öfke dışı puan ortalaması kadınlarda 12,74 ± 4,45 , erkeklerde 14,14 ± 4,47'dir. Aradaki fark anlamlıdır (t= -2,384 , p< 0,05). Öfke kontrol puan ortalaması ise, kadınlarda 23,58 ± 4,79 , erkeklerde 22,88 ± 5,48'dir. Aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (t= 1,073 , p> 0,05) (Tablo 7).

Yaş gruplarına göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, sürekli öfke puan ortalaması 35-44 yaş grubunda 21,95 ± 7,64 , 45-54 yaş grubunda 21,79 ± 6,94 , 55-64 yaş grubunda 20,70 ± 6,15 , 65 yaş ve üzerinde 20,42 ± 6,31'dir. Gruplar

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F= 0,916$  ,  $p>0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması 35-44 yaş grubunda  $17,54 \pm 5,16$  , 45-54 yaş grubunda  $19,60 \pm 4,91$  , 55-64 yaş grubunda  $19,73 \pm 4,51$  , 65 yaş ve üzerinde  $19,45 \pm 5,38$ 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F= 1,336$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları 35-44 yaş grubunda  $13,62 \pm 3,96$  , 45-54 yaş grubunda  $13,75 \pm 4,91$  , 55-64 yaş grubunda  $12,83 \pm 4,31$  , 65 yaş ve üzerinde  $12,83 \pm 4,31$ 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $F= 1,796$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları ise, 35-44 yaş grubunda  $22,20 \pm 5,34$  , 45-54 yaş grubunda  $23,50 \pm 5,28$  , 55-64 yaş grubunda  $22,75 \pm 4,87$  , 65 yaş ve üzerinde  $24,41 \pm 4,38$ 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F= 2,088$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 7).

Medeni duruma göre ise, sürekli öfke puan ortalamaları evlilerde  $21,26 \pm 6,74$  , eşi ölmüş olanlarda  $20,20 \pm 6,20$  ve boşanmışlarda  $22,43 \pm 6,54$ 'tür. Aradaki fark anlamlı değildir ( $F= 0,897$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları evlilerde  $19,41 \pm 5,03$  , eşi ölmüş olanlarda  $20,16 \pm 4,44$  , boşanmışlarda ise  $18,00 \pm 5,08$ 'dir. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $F= 1,265$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları evlilerde  $13,36 \pm 4,40$  , eşi ölmüş olanlarda  $12,09 \pm 4,90$  ve boşanmışlarda  $13,37 \pm 4,28$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $F= 1,804$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları evlilerde  $23,41 \pm 5,08$  , eşi ölmüş olanlarda  $23,69 \pm 4,52$  ve boşanmışlarda  $21,81 \pm 4,98$ 'dir. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $F= 0,904$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 7).

Hastaların en uzun yaşadıkları yere göre öfke içte puan ortalamaları incelendiğinde il ( $20,92 \pm 4,37$ ), ilçe-kasaba ( $20,79 \pm 5,34$ ) ve köyde ( $20,22 \pm 4,67$ ) yaşayanların, büyük şehirde yaşayanlara ( $18,90 \pm 4,95$ ) göre daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=2,748$  ,  $p< 0,05$ ). Sürekli öfke puan ortalamaları büyük şehirde yaşayanlarda  $21,06 \pm 6,78$  , ilde yaşayanlarda  $22,17 \pm 7,25$  , ilçe-kasabada yaşayanlarda  $20,86 \pm 5,90$  ve köyde yaşayanlarda  $20,95 \pm 5,83$ 'tür. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $F= 0,264$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları büyük şehirde yaşayanlarda  $13,17 \pm 4,75$  , ilde yaşayanlarda

13,17  $\pm$  4,34 , ilçe-kasabada yaşayanlarda 13,13  $\pm$  4,46 ve köyde yaşayanlarda 12,62  $\pm$  3,16'dır. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (F= 0,172 , p> 0,05). Öfke kontrol puan ortalamaları ise büyük şehirde yaşayanlarda 23,61  $\pm$  5,22 , ilde yaşayanlarda 23,39  $\pm$  4,91 , ilçe-kasabada yaşayanlarda 22,48  $\pm$  4,08 , köyde yaşayanlarda 23,00  $\pm$  4,32'dir. Gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir (F= 0,541 , p>0,05) (Tablo 7).

Eğitim durumuna göre sürekli öfke puan ortalamaları ilkökul mezunu olmayanlarda 22,56  $\pm$  6,86 , ilkökul mezunlarında 21,40  $\pm$  6,78 , orta okul mezunlarında 20,48  $\pm$  6,36 , lise mezunlarında 17,86  $\pm$  4,46 , fakülte – yüksekokul mezunlarında 17,57  $\pm$  3,77'dir. Eğitim seviyesi yükseldikçe sürekli öfke düzeyi düşmektedir. Aradaki fark anlamlıdır (F= 4,147 , p<0,05 ). Öfke içte puan ortalamaları ilkökul mezunu olmayanlarda 21,10  $\pm$  4,73 , ilkökul mezunlarında 19,64  $\pm$  4,97 , orta okul mezunlarında 18,16  $\pm$  4,62 , lise mezunlarında 16,13  $\pm$  3,57 , fakülte – yüksekokul mezunlarında 16,42  $\pm$  4,12'dir. Arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F= 8,310 , p< 0,05). Öfke dışı puan ortalamaları ilkökul mezunu olmayanlarda 13,06  $\pm$  4,66 , ilkökul mezunlarında 13,20  $\pm$  4,72 , orta okul mezunlarında 12,68  $\pm$  4,51 , lise mezunlarında 12,50  $\pm$  3,26 , fakülte – yüksekokul mezunlarında 14,21  $\pm$  3,19'dur. Gruplar arasındaki fark ise anlamlı değildir (F= 0,422 , p >0,05). Öfke kontrol puan ortalamaları ilkökul mezunu olmayanlarda 23,83  $\pm$  4,42 , ilkökul mezunlarında 23,34  $\pm$  5,26 , orta okul mezunlarında 23,44  $\pm$  4,66 , lise mezunlarında 22,46  $\pm$  5,69 , fakülte – yüksekokul mezunlarında ise 23,28  $\pm$  4,28'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F= 0,435 , p> 0,05) (Tablo 7).

Hastaların kiminle yaşadığına göre öfke dışı puan ortalamaları incelendiğinde, çocuklarla yaşayanlarda (14,50  $\pm$  6,07) en yüksek, yalnız yaşayanlarda (11,17  $\pm$  3,24) en düşük olarak bulunmuştur. Diğer gruplarda ise sırasıyla eş ve çocuklarla yaşayanlarda 13,64  $\pm$  4,21 , sadece eşle yaşayanlarda 12,72  $\pm$  4,28 , akrabalarla yaşayanlarda 12,57  $\pm$  4,79 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (F= 2,776 , p< 0,05). Sürekli

öfke puan ortalamaları eş ve çocuklarla yaşayanlarda  $21,57 \pm 7,12$  , yalnız yaşayanlarda  $19,17 \pm 4,68$  , sadece eşle yaşayanlarda  $20,50 \pm 6,03$  , çocuklarla yaşayanlarda  $22,89 \pm 7,86$  , akrabalarla yaşayanlarda  $21,10 \pm 6,13$ 'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F= 1,427$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları sırasıyla, eş ve çocuklarla yaşayanlarda  $19,34 \pm 5,03$  , yalnız yaşayanlarda  $18,85 \pm 4,81$  , sadece eşle yaşayanlarda  $19,57 \pm 5,03$  , çocuklarla yaşayanlarda  $18,89 \pm 4,75$  , akrabalarla yaşayanlarda  $20,19 \pm 4,88$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır ( $F= 0,475$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke Kontrol puan ortalamaları ise, eş ve çocuklarla yaşayanlarda  $23,17 \pm 4,76$  , yalnız yaşayanlarda  $24,25 \pm 4,16$  , sadece eşle yaşayanlarda  $23,93 \pm 5,25$  , çocuklarla yaşayanlarda  $22,17 \pm 5,39$  , akrabalarla yaşayanlarda  $23,38 \pm 5,27$ 'dir. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $F= 0,910$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 7).

Bir işte çalışma durumuna göre, öfke içte puan ortalamaları çalışan grupta ( $17,43 \pm 4,95$ ), çalışmayan gruba ( $19,66 \pm 4,90$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark anlamlıdır ( $t = - 2,363$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları çalışan grupta ( $14,83 \pm 4,48$ ), çalışmayan gruba ( $12,91 \pm 4,46$ ) göre daha yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ( $t = 2,235$  ,  $p< 0,05$ ). Sürekli öfke puan ortalamaları çalışanlarda  $21,06 \pm 6,88$  , çalışmayanlarda  $21,14 \pm 6,59$ 'dir. Aradaki fark anlamsızdır ( $t = - 0,059$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları ise çalışanlarda  $22,66 \pm 4,70$  , çalışmayanlarda  $23,48 \pm 5,01$ 'dir. İki grup arasındaki fark anlamlı değildir ( $t = - 0,857$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 7).

Sürekli öfke puan ortalaması çok düşük sosyo-ekonomik düzeyde  $23,77 \pm 6,48$  , düşük sosyo-ekonomik düzeyde  $22,84 \pm 6,96$  , orta sosyo-ekonomik düzeyde  $20,22 \pm 6,32$ 'dir. Sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe sürekli öfke düzeyinin düştüğü görülmektedir. Ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ( $F= 6,453$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları sosyo-ekonomik düzeyi çok düşük olanlarda  $21,09 \pm 4,47$  , düşük olanlarda  $20,34 \pm 5,12$  ve sosyo-ekonomik düzeyi orta olanlarda  $18,94 \pm 4,86$  olarak bulunmuştur. Öfke içte puan ortalaması sosyoekonomik düzey yükseldikçe düşmektedir.

Ortalamlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $F= 3,594$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalaması sosyo-ekonomik düzeyi çok düşük olanlarda  $13,63 \pm 4,37$  , düşük olanlarda  $13,42 \pm 4,56$  ve orta olanlarda  $12,92 \pm 4,49$  olarak bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $F= 0,501$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları ise sosyoekonomik düzeyi çok düşük olanlarda  $22,40 \pm 5,37$  , düşük olanlarda  $23,36 \pm 4,89$  , orta olanlarda  $23,52 \pm 4,98$ 'dir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F= 0,502$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 7).

Tablo 8: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Hastalık Özelliklerine göre Dağılımı (N=305)

Hastalık Özellikleri	N	Sürekli Öfke	Öfke Tarz Ölçeği			
			Öfke İçte	Öfke Dışa	Öfke Kontrol	
<b>Kaç yıldır HT</b> <i>1 yıl ve altı</i> <i>2-10 yıl</i> <i>11-19 yıl</i> <i>20 yıl ve üstü</i>	34	20,91 ± 6,90	20,26 ± 5,52	13,35 ± 3,89	25,41 ± 3,59	
	198	21,32 ± 6,82	19,19 ± 4,64	13,28 ± 4,78	23,09 ± 5,24	
	46	20,93 ± 5,88	19,89 ± 5,86	12,52 ± 3,72	22,86 ± 4,75	
	27	20,33 ± 6,07	19,51 ± 4,81	12,44 ± 4,26	24,11 ± 4,33	
			F= 0,214 p= 0,887	F= 0,608 p= 0,610	F= 0,587 p= 0,624	F= 2,498 p= 0,060
<b>Ailede Hipertansiyon</b> <i>Evet</i> <i>Hayır</i>	173	21,05 ± 6,53	19,76 ± 5,00	12,80 ± 4,10	23,67 ± 4,91	
	132	21,23 ± 6,74	19,03 ± 4,86	13,49 ± 4,96	23,05 ± 5,06	
		t = - 0, 231 p= 0,817	t = 1,282 p= 0,201	t = - 1,294 p= 0,197	t = 1,083 p= 0,280	
<b>Tansiyonu Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılanlar</b> <i>İlaçlarımı düzenli kullanıyorum</i> <i>Evet</i> <i>Hayır</i>	247	20,89 ± 6,53	19,44 ± 4,79	12,93 ± 4,46	23,44 ± 4,82	
	58	22,17 ± 6,92	19,44 ± 5,62	13,81 ± 4,61	23,25 ± 5,64	
		t = - 1,330 p= 0,185	t = - 0,004 p= 0,997	t = - 1,335 p= 0,183	t = 0,251 p= 0,802	
	<i>Egzersiz yapıyorum</i> <i>Evet</i> <i>Hayır</i>	63	19,14 ± 6,65	17,47 ± 4,82	12,73 ± 4,46	24,33 ± 5,15
		242	21,65 ± 6,51	19,95 ± 4,86	13,19 ± 4,51	23,16 ± 4,91
		t = - 2,710 p= 0,007	t = - 3,616 p= 0,000	t = - 0,735 p= 0,463	t = 1,663 p= 0,097	

<i>Diyet yapıyorum</i>	<i>Evet</i>	130	20,69 ± 6,17	19,53 ± 5,15	12,22 ± 4,02	24,37 ± 4,63
	<i>Hayır</i>	175	21,46 ± 6,92	19,38 ± 4,80	13,75 ± 4,72	22,68 ± 5,11
			t = - 1,023 p= 0,307	t = 0,258 p= 0,797	t = - 3,050 p= 0,002	t = 2,971 p= 0,003
<i>Bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlıyorum</i>	<i>Evet</i>	166	21,19 ± 6,96	19,64 ± 4,93	13,17 ± 4,94	23,65 ± 5,17
	<i>Hayır</i>	139	21,06 ± 6,19	19,20 ± 4,96	13,01 ± 3,90	23,10 ± 4,74
			t = 0,168 p= 0,867	t = 0,766 p= 0,445	t = 0,316 p= 0,752	t = 0,958 p= 0,339
<b>HT Yaşama Etkisi</b>						
<i>Hiç etkilemedi</i>		21	18,61 ± 6,64	18,04 ± 5,92	14,33 ± 5,48	24,66 ± 5,14
<i>Etkilemedi</i>		42	17,69 ± 4,78	17,42 ± 4,28	12,11 ± 3,20	23,59 ± 4,74
<i>Şöyle Böyle Etkiledi</i>		55	20,65 ± 6,24	18,49 ± 4,62	12,96 ± 4,52	23,67 ± 5,23
<i>Etkiledi</i>		88	20,15 ± 5,51	19,45 ± 4,44	12,85 ± 3,94	23,18 ± 4,48
<i>Çok Etkiledi</i>		99	24,26 ± 7,16	21,12 ± 5,12	13,55 ± 5,12	23,11 ± 5,34
			F= 10,960 p= 0,000	F= 5,863 p= 0,000	F= 1,231 p= 0,298	F= 0,519 p= 0,722
<b>Sigara Kullanma</b>						
<i>Evet</i>		78	22,23 ± 6,89	19,46 ± 5,24	14,17 ± 4,84	22,84 ± 5,36
<i>Hayır</i>		227	20,75 ± 6,48	19,44 ± 4,85	12,73 ± 4,32	23,59 ± 4,83
			t = 1,702 p= 0,090	t = 0,032 p= 0,974	t = 2,474 p= 0,014	t = - 1,153 p= 0,250
<b>Alkol Kullanma</b>						
<i>Evet</i>		16	18,62 ± 5,87	15,81 ± 3,60	14,56 ± 3,44	22,43 ± 5,75
<i>Hayır</i>		289	21,27 ± 6,63	19,64 ± 4,94	13,02 ± 4,53	23,46 ± 4,93
			t = - 1,562 p= 0,119	t = - 3,058 p= 0,002	t = 1,336 p= 0,182	t = - 0,799 p= 0,425
<b>Başka Bir Fiziksel Hastalık</b>						
<i>Var</i>		140	21,45 ± 6,40	19,60 ± 5,08	13,23 ± 4,60	23,42 ± 5,03
<i>Yok</i>		165	20,86 ± 6,79	19,30 ± 4,84	12,98 ± 4,41	23,39 ± 4,94
			t = 0,784 p= 0,433	t = 0,523 p= 0,601	t = 0,479 p= 0,632	t = 0,048 p= 0,962
<b>Ruhsal Hastalık</b>						
<i>Var</i>		37	24,00 ± 7,52	20,18 ± 4,42	14,75 ± 5,11	21,24 ± 5,65
<i>Yok</i>		268	20,73 ± 6,39	19,34 ± 5,01	12,87 ± 4,36	23,70 ± 4,81
			t = 2,843 p= 0,005	t = 0,974 p= 0,331	t = 2,407 p= 0,017	t = - 2,523 p= 0,015

<b>Fiziksel Sağlık Değerlendirmesi</b> <i>Çok Kötü</i> <i>Kötü</i> <i>Şöyle Böyle</i> <i>İyi</i> <i>Çok İyi</i>	23	25,82 ± 5,62	23,95 ± 3,99	14,47 ± 5,29	21,13 ± 5,86
	29	24,17 ± 7,45	22,27 ± 4,32	14,75 ± 5,97	22,41 ± 6,38
	118	21,18 ± 6,23	19,58 ± 4,73	13,36 ± 4,43	23,44 ± 4,60
	109	19,15 ± 5,65	17,87 ± 4,39	11,88 ± 3,32	23,80 ± 4,61
	26	21,65 ± 8,58	18,26 ± 5,84	13,96 ± 5,39	24,65 ± 5,12
		F= 7,490 p= 0,000	F= 11,749 p= 0,000	F= 4,023 p= 0,003	F= 2,106 p= 0,080
<b>Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi</b> <i>Çok kötü / Kötü</i> <i>Şöyle Böyle</i> <i>İyi</i> <i>Çok iyi</i>	35	27,85 ± 7,79	22,14 ± 5,03	16,91 ± 6,23	20,14 ± 5,67
	98	22,42 ± 6,12	20,33 ± 4,74	13,45 ± 4,40	22,73 ± 5,19
	146	19,10 ± 5,18	18,62 ± 4,57	11,91 ± 3,22	24,41 ± 4,06
		18,57 ± 6,90	17,07 ± 5,59	13,26 ± 5,34	24,65 ± 5,69
	26				
		F= 23,385 p= 0,000	F= 8,427 p= 0,000	F= 13,443 p= 0,000	F= 8,784 p= 0,000
<b>Önemli Olay</b> <i>Evet</i> <i>Hayır</i>	131	22,09 ± 6,93	20,41 ± 4,85	13,40 ± 4,87	23,59 ± 5,22
	174	20,40 ± 6,28	18,71 ± 4,90	12,87 ± 4,19	23,26 ± 4,79
		t = 2,224 p= 0,027	t = 2,997 p= 0,003	t = 0,999 p= 0,319	t = 0,574 p= 0,566

Hipertansiyonu olan hastaların kaç yıldır hipertansiyon hastası olduğuna göre sürekli öfke puan ortalamaları incelendiğinde, 1 yıl ve altı olan grupta  $20,91 \pm 6,90$  , 2-10 yıl olan grupta  $21,32 \pm 6,82$  , 11-19 yıl olan grupta  $20,93 \pm 5,88$  , 20 yıl ve üzerinde  $20,33 \pm 6,07$  olarak bulunmuştur. Aradaki fark anlamlı değildir (F= 0,214 , p> 0,05). Öfke içte puan ortalamaları 1 yıl ve altı olan grupta  $20,26 \pm 5,52$  , 2-10 yıl olan grupta  $19,19 \pm 4,64$  , 11-19 yıl olan grupta  $19,89 \pm 5,86$  , 20 yıl ve üzerinde  $19,51 \pm 4,81$  olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (F=0,608 , p> 0,05). Öfke dışı puan ortalamaları 1 yıl ve altı olan grupta  $13,35 \pm 3,89$  , 2-10 yıl olan grupta  $13,28 \pm 4,78$  , 11-19 yıl olan grupta  $12,52 \pm 3,72$  , 20 yıl ve üzerinde  $12,44 \pm 4,26$  olarak bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (F= 0,587 , p> 0,05). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, 1 yıl ve altı olan grupta  $25,41 \pm 3,59$  , 2-10 yıl olan grupta  $23,09 \pm 5,24$  , 11-19 yıl olan grupta  $22,86 \pm 4,75$  , 20 yıl ve üzerinde  $24,11 \pm 4,33$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F= 2,498 , p> 0,05) (Tablo 8).

Ailede hipertansiyon olup olmamasına göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, sürekli öfke puan ortalaması ailede başka hipertansiyon hastası olanlarda  $21,05 \pm 6,53$  , olmayanlarda  $21,23 \pm 6,74$  bulunmuş ve iki grup arasında fark saptanmamıştır ( $t = - 0,231$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması ailede başka hipertansiyon hastası olanlarda  $19,76 \pm 5,00$  , olmayanlarda  $19,03 \pm 4,86$  bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = 1,282$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8) . Öfke dışı puan ortalaması ailede başka hipertansiyon hastası olanlarda  $12,80 \pm 4,10$  , olmayanlarda  $13,49 \pm 4,96$  bulunmuş ve iki grup arasında fark saptanmamıştır ( $t = - 1,294$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalaması ise ailede başka hipertansiyon hastası olanlarda  $23,67 \pm 4,91$  , olmayanlarda  $23,05 \pm 5,06$  bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = 1,083$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Tansiyonu kontrol altında tutmak için, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların sürekli öfke puan ortalaması  $20,89 \pm 6,53$  , kullanmayanların ise  $22,17 \pm 6,92$ 'dir. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = - 1,330$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması incelendiğinde, ilaçlarını düzenli kullanan hastalar ( $19,44 \pm 4,79$ ) ve kullanmayan hastalar ( $19,44 \pm 5,62$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = - 0,004$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları ilaçlarını düzenli kullanan hastalarda ( $12,93 \pm 4,46$ ) kullanmayanlara ( $13,81 \pm 4,61$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark anlamsızdır ( $t = - 1,335$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, ilaçlarını düzenli kullananlar ( $23,44 \pm 4,82$ ) ve kullanmayanlar ( $23,25 \pm 5,64$ ) arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $t = 0,251$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Tansiyonu kontrol altında tutmak için, egzersiz yapanlarda sürekli öfke puan ortalaması ( $19,14 \pm 6,65$ ) yapmayanlara ( $21,65 \pm 6,51$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $t = - 2,710$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması egzersiz yapanlarda ( $17,47 \pm 4,82$ ) yapmayanlara ( $19,95 \pm 4,86$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur

( $t = - 3,616$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları incelendiğinde, egzersiz yapanlar ( $12,73 \pm 4,46$ ) ve yapmayanlar ( $13,19 \pm 4,51$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = - 0,735$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları egzersiz yapanlarda  $24,33 \pm 5,15$  , yapmayanlarda  $23,16 \pm 4,91$  bulunmuş; iki ortalama arasındaki fark ise anlamlı bulunmamıştır ( $t = 1,663$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Tansiyonu kontrol altında tutmak için, diyet yapanların sürekli öfke puan ortalamaları  $20,69 \pm 6,17$  , diyet yapmayanların ise  $21,46 \pm 6,92$ 'dir. İki ortalama arasındaki fark anlamlı değildir ( $t = - 1,023$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması incelendiğinde, diyet yapanlar ( $19,53 \pm 5,15$ ) ve diyet yapmayanlar ( $19,38 \pm 4,80$ ) arasındaki fark anlamlı değildir ( $t = 0,258$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları diyet yapanlarda ( $12,22 \pm 4,02$ ) yapmayanlara ( $13,75 \pm 4,72$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t = - 3,050$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları diyet yapanlarda ( $24,37 \pm 4,63$ ) yapmayanlara göre ( $22,68 \pm 5,11$ ) daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t = 2,971$  ,  $p < 0,05$ ) (Tablo 8).

Tansiyonu kontrol altında tutmak için bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlayanlarda sürekli öfke puan ortalamaları  $21,19 \pm 6,96$  , hazırlamayanlarda ise  $21,06 \pm 6,19$  olup, iki ortalama arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = 0,168$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlayanlar ( $19,64 \pm 4,93$ ) ve hazırlamayanlarda ( $19,20 \pm 4,96$ ) farklı değildir ( $t = 0,766$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlayanlarda  $13,17 \pm 4,94$  , hazırlamayanlarda ise  $13,01 \pm 3,90$  olup, iki ortalama arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t = 0,316$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde ise, bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlayanlar ( $23,65 \pm 5,17$ ) ve hazırlamayanlar ( $23,10 \pm 4,74$ ) arasında fark olmadığı bulunmuştur ( $t = 0,958$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Hipertansiyonun yaşama etkisine göre sürekli öfke puan ortalamaları hiç etkilemedi diyenlerde  $18,61 \pm 6,64$  , etkilemedi diyenlerde  $17,69 \pm 4,78$  , şöyle böyle etkiledi diyenlerde  $20,65 \pm 6,24$  , etkiledi diyenlerde  $20,15 \pm 5,51$  ve çok etkiledi diyenlerde  $24,26 \pm 7,16$  bulunmuştur. Hipertansiyonun yaşama etkisi arttıkça sürekli öfke düzeyinin arttığı görülmektedir. Düzenli bir artış olmamasına rağmen ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ( $F= 10,960$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları hiç etkilemedi diyenlerde  $18,04 \pm 5,92$  , etkilemedi diyenlerde  $17,42 \pm 4,28$  , şöyle böyle etkiledi diyenlerde  $18,49 \pm 4,62$  , etkiledi diyenlerde  $19,45 \pm 4,44$  , çok etkiledi diyenlerde ise  $21,12 \pm 5,12$  olarak bulunmuştur. Hipertansiyonun yaşama etkisi arttıkça öfke içte puan ortalamasının arttığı söylenebilir ( $F= 5,863$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalaması arasında hiç etkilemedi diyenlerde ( $14,33 \pm 5,48$ ), etkilemedi diyenlerde ( $12,11 \pm 3,20$ ), şöyle böyle etkiledi diyenlerde ( $12,96 \pm 4,52$ ), etkiledi diyenlerde ( $12,85 \pm 3,94$ ) ve çok etkiledi diyenlerde ( $13,55 \pm 5,12$ ) anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F= 1,231$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları arasında hiç etkilemedi diyenlerde ( $24,66 \pm 5,14$ ), etkilemedi diyenlerde ( $23,59 \pm 4,74$ ), şöyle böyle etkiledi diyenlerde ( $23,67 \pm 5,23$ ), etkiledi diyenlerde ( $23,18 \pm 4,48$ ) ve çok etkiledi diyenlerde ( $23,11 \pm 5,34$ ) anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F= 0,519$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Sigara kullananlarda öfke dışı puan ortalaması ( $14,17 \pm 4,84$ ), kullanmayanlara ( $12,73 \pm 4,32$ ) göre daha yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ( $t = 2,474$  ,  $p < 0,05$ ). Sürekli öfke puan ortalaması sigara kullananlarda ( $22,23 \pm 6,89$ ), kullanmayanlara ( $20,75 \pm 6,48$ ) göre yüksek olup, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $t = 1,702$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları arasında sigara kullananlar ( $19,46 \pm 5,24$ ) ve kullanmayanlarda ( $19,44 \pm 4,85$ ) önemli bir fark yoktur ( $t = 0,032$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde sigara kullananlar ( $22,84 \pm 5,36$ ) ve kullanmayanlar ( $23,59 \pm 4,83$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t = -1,153$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Alkol kullananlarda öfke içte puan ortalaması ( $15,81 \pm 3,60$ ), kullanmayanlara ( $19,64 \pm 4,94$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $t = - 3,058$  ,  $p < 0,05$ ). Sürekli öfke puan ortalamaları alkol kullananlarda ( $18,62 \pm 5,87$ ) kullanmayanlara ( $21,27 \pm 6,63$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark anlamlı değildir ( $t = - 1,562$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke dışa puan ortalamaları arasında alkol kullananlar ( $14,56 \pm 3,44$ ) ve kullanmayanlarda ( $13,02 \pm 4,53$ ) anlamlı bir fark yoktur ( $t = 1,336$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde ise, alkol kullananlar ( $22,43 \pm 5,75$ ) ve kullanmayanlar ( $23,46 \pm 4,93$ ) arasındaki fark anlamlı değildir ( $t = - 0,799$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Başka bir fiziksel hastalığı olanlarda sürekli öfke puan ortalaması  $21,45 \pm 6,40$  , olmayanlarda ise  $20,86 \pm 6,79$  bulunmuştur. İki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $t = 0,784$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları başka bir fiziksel hastalığı olanlarda  $19,60 \pm 5,08$  , olmayanlarda ise  $19,30 \pm 4,84$  olup, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $t = 0,523$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke dışa puan ortalamaları arasında, başka bir fiziksel hastalığı olanlar ( $13,23 \pm 4,60$ ) ve olmayanlarda ( $12,98 \pm 4,41$ ) anlamlı bir fark yoktur ( $t = 0,479$  ,  $p > 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde ise, başka bir fiziksel hastalığı olanlar ( $23,42 \pm 5,03$ ) ve olmayanlar ( $23,39 \pm 4,94$ ) arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $t = 0,048$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Sürekli öfke puan ortalaması ruhsal hastalığı olanlarda ( $24,00 \pm 7,52$ ) olmayanlara ( $20,73 \pm 6,39$ ) göre daha yüksek olup, iki ortalama arasındaki fark anlamlıdır ( $t = 2,843$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke dışa puan ortalaması ruhsal hastalığı olanlarda ( $14,75 \pm 5,11$ ) olmayanlara ( $12,87 \pm 4,36$ ) göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t = 2,407$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları ruhsal hastalığı olanlarda ( $21,24 \pm 5,65$ ) olmayanlara ( $23,70 \pm 4,81$ ) göre daha düşük olup; iki ortalama arasındaki fark anlamlıdır ( $t = - 2,523$  ,  $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları incelendiğinde ise, ruhsal hastalığı olanlar ( $20,18 \pm 4,42$ ) ve olmayanlar ( $19,34 \pm 5,01$ ) arasında fark bulunmamıştır ( $t = 0,974$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

Hastaların fiziksel sağlık değerlendirmesine göre sürekli öfke puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel sağlığı çok kötü olanlarda  $25,82 \pm 5,62$  , kötü olanlarda  $24,17 \pm 7,45$  , şöyle böyle olanlarda  $21,18 \pm 6,23$  , iyi olanlarda  $19,15 \pm 5,65$  , çok iyi olanlarda  $21,65 \pm 8,58$  olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlıklarını olumlu yönde değerlendirenlerin sürekli öfke düzeyi düşük bulunmuştur ( $F= 7,490$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları fiziksel sağlığı çok kötü olanlarda  $23,95 \pm 3,99$  , kötü olanlarda  $22,27 \pm 4,32$  , şöyle böyle olanlarda  $19,58 \pm 4,73$  , iyi olanlarda  $17,87 \pm 4,39$  , çok iyi olanlarda  $18,26 \pm 5,84$  olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlıklarını olumlu yönde değerlendirenlerin öfke içte puan ortalamaları düşük bulunmuştur ( $F= 11,749$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları fiziksel sağlığı çok kötü olanlarda  $14,47 \pm 5,29$  , kötü olanlarda  $14,75 \pm 5,97$  , şöyle böyle olanlarda  $13,36 \pm 4,43$  , iyi olanlarda  $11,88 \pm 3,32$  , çok iyi olanlarda  $13,96 \pm 5,39$  olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlıklarını çok kötü ve kötü değerlendirenlerin öfke dışı puan ortalamaları iyi olarak değerlendirenlerden farklıdır ( $F= 4,023$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde ise, fiziksel sağlığı çok kötü olanlar ( $21,13 \pm 5,86$ ), kötü olanlar ( $22,41 \pm 6,38$ ), şöyle böyle olanlar ( $23,44 \pm 4,60$ ), iyi olanlar ( $23,80 \pm 4,61$ ) ve çok iyi olanlar ( $24,65 \pm 5,12$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $F= 2,106$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 8).

Ruhsal sağlık değerlendirmelerine göre, sürekli öfke puan ortalamaları, ruhsal sağlığı çok kötü/kötü olanlarda  $27,85 \pm 7,79$  , şöyle böyle olanlarda  $22,42 \pm 6,12$  , iyi olanlarda  $19,10 \pm 5,18$  , çok iyi olanlarda  $18,57 \pm 6,90$  olarak bulunmuştur. Ruhsal sağlıklarını olumlu yönde değerlendirenlerin sürekli öfke düzeyi düşük bulunmuştur ( $F= 23,385$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları, ruhsal sağlığı çok kötü/kötü olanlarda  $22,14 \pm 5,03$  , şöyle böyle olanlarda  $20,33 \pm 4,74$  , iyi olanlarda  $18,62 \pm 4,57$  , çok iyi olanlarda  $17,07 \pm 5,59$  olarak bulunmuştur. Ruhsal sağlığı değerlendirme düzeyi yükseldikçe öfke içte puan ortalamaları düşmektedir ( $F= 8,427$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları ruhsal sağlığı çok kötü/kötü olanlarda  $16,91 \pm$

6,23 , şöyle böyle olanlarda  $13,45 \pm 4,40$  , iyi olanlarda  $11,91 \pm 3,22$  , çok iyi olanlarda  $13,26 \pm 5,34$  olarak bulunmuştur. Ruhsal sağlıklarını çok kötü/kötü olarak değerlendirenlerin öfke dışı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $F= 13,443$  ,  $p<0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde ise, ruhsal sağlığı çok kötü/kötü olanlarda  $20,14 \pm 5,67$  , şöyle böyle olanlarda  $22,73 \pm 5,19$  , iyi olanlarda  $24,41 \pm 4,06$  , çok iyi olanlarda  $24,65 \pm 5,69$  olarak bulunmuştur. Ruhsal sağlıklarını olumlu yönde değerlendirenlerin öfke kontrol puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $F= 8,784$  ,  $p< 0,05$ ) (Tablo 8).

Sürekli öfke puan ortalamaları daha önce önemli bir olay yaşayanlarda ( $22,09 \pm 6,93$ ) yaşamayanlara ( $20,40 \pm 6,28$ ) göre daha yüksek olup; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t = 2,224$  ,  $p< 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları önemli bir olay yaşayanlarda ( $20,41 \pm 4,85$ ), yaşamayanlara ( $18,71 \pm 4,90$ ) göre daha yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $t = 2,997$ ,  $p< 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamaları arasında önemli bir olay yaşayanlar ( $13,40 \pm 4,87$ ) ve yaşamayanlarda ( $12,87 \pm 4,19$ ) anlamlı bir fark yoktur ( $t = 0,999$  ,  $p> 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde ise, önemli bir olay yaşayanlar ( $23,59 \pm 5,22$ ) ve yaşamayanlar ( $23,26 \pm 4,79$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $t = 0,574$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 8).

### 3.4. Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımı

Tablo 9: Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımı (N=305)

	$\bar{X}$	Standart Sapma	Max.	Min.	Puan Aralığı
Öz-bakım Gücü	103,87	19,31	136,0	30,0	0 – 140

Hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması  $103,87 \pm 19,31$ 'dir (Tablo 9).

### 3.5. Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 10: Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 305)

Tanıtıcı Özellikler		Öz-bakım Gücü		
		N	X±SS	
Cinsiyet	Kadın	227	100,52 ± 19,20	t= -5,398 p= 0,000 p< 0,05
	Erkek	78	113,61 ± 16,17	
Yaş Grubu	35-44	24	97,37 ± 24,09	F= 3,177 p= 0,024 p< 0,05
	45-54	112	104,08 ± 18,38	
	55-64	92	101,23 ± 21,51	
	65 ve ↑	77	108,74 ± 14,93	
Medeni Durum (N=302)	Evli	231	103,37 ± 19,76	F= 0,468 p= 0,626 p> 0,05
	Eşi Ölmüş	55	106,09 ± 14,40	
	Boşanmış	16	102,62 ± 27,71	
Yaşanan Yer	Büyük Şehir	208	104,37 ± 19,54	F= 0,316 p= 0,814 p> 0,05
	İl	28	103,60 ± 16,39	
	İlçe-kasaba	29	100,65 ± 23,74	
	Köy	40	103,75 ± 16,76	
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu Değil	87	96,98 ± 18,06	F= 7,131 p= 0,000 p< 0,05
	İlkokul Mezunu	149	104,38 ± 19,42	
	Orta Okul	25	105,96 ± 22,26	
	Lise	30	112,16 ± 15,18	
	Fakülte-Yük.ok.	14	119,71 ± 9,23	
Kiminle Yaşadığı	Eş ve çocuklarla	125	102,16 ± 19,08	F= 1,308 p= 0,267 p> 0,05
	Yalnız	28	109,67 ± 14,83	
	Eşle	77	104,05 ± 20,71	
	Çocuklarla Akrabalarla	28 47	100,64 ± 22,88 106,57 ± 17,21	
Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	30	107,20 ± 22,36	t = 0,994 p= 0,321 p> 0,05
	Hayır	275	103,50 ± 18,96	
Sosyo-ekonomik Durum Değerlendirmesi	Çok Düşük	22	98,40 ± 26,85	F= 2,758 p= 0,065 p> 0,05
	Düşük	76	100,72 ± 17,88	
	Orta	207	105,60 ± 18,72	

Tablo 10' da Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Öz-bakım Gücü Puan ortalamaları incelendiğinde ; erkeklerin puan ortalaması ( $113,61 \pm 16,17$ ), kadınlardan ( $100,52 \pm 19,20$ ) daha yüksektir. İki ortalama arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t = - 5,39$  ,  $p < 0,05$  ). Yaş gruplarında ise yaş yükseldikçe öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Hastaların puan ortalaması sırasıyla, 35-44 yaş grubunda  $97,37 \pm 24,09$ ; 45-54 yaş grubunda  $104,08 \pm 18,38$ ; 55-64 yaş grubunda  $101,23 \pm 21,51$ ; 65 ve üzerinde  $108,74 \pm 14,93$ 'tür. Grup ortalamalarının varyans analiziyle incelenmesi sonucu, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $F = 3,177$  ,  $p < 0,05$ ). Hastaların eğitim durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Hastaların puan ortalaması sırasıyla, ilkokul mezunu olmayanlarda  $96,98 \pm 18,06$  , ilkokul mezunu olanlarda  $104,38 \pm 19,42$  , orta okul mezunu olanlarda  $105,96 \pm 22,26$  , lise mezunlarında  $112,16 \pm 15,18$  , fakülte ve yüksek okul mezunlarında  $119,71 \pm 9,23$  olarak bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F = 7,131$  ,  $p < 0,05$ ) (Tablo 10).

Medeni durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları evli olanlarda  $103,37 \pm 19,76$  , eşi ölmüş olanlarda  $106,09 \pm 14,40$  , boşanmışlarda  $102,62 \pm 27,71$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamalarının varyans analizi ile incelenmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0,468$  ,  $p > 0,05$ ). Yaşanan yere göre öz-bakım gücü puan ortalamaları sırasıyla, Büyükşehir'de yaşayanlarda  $104,37 \pm 19,54$  , ilde yaşayanlarda  $103,60 \pm 16,39$  , ilçe ve kasabada yaşayanlarda  $100,65 \pm 23,74$  , köyde yaşayanlarda  $103,75 \pm 16,76$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark varyans analiziyle incelendiğinde, anlamlı bulunmamıştır ( $F = 0,316$  ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 10).

Hastaların kiminle yaşadığına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, eş ve çocuklarla ( $102,16 \pm 19,08$ ), yalnız ( $109,67 \pm 14,83$ ), eşle ( $104,05 \pm 20,71$ ), çocuklarla ( $100,64 \pm 22,88$ ), akrabalarla ( $106,57 \pm$

17,21) yaşayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $F= 1,308$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 10).

Bir işte çalışanların öz-bakım gücü puan ortalaması ( $107,20 \pm 22,36$ ) , çalışmayanlara ( $103,50 \pm 18,96$ ) göre daha yüksek olup, aradaki fark anlamlı değildir ( $t = 0,994$  ,  $p> 0,05$ ). Sosyo-ekonomik durumunu çok düşük olarak değerlendirenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması  $98,40 \pm 26,85$  , düşük olarak değerlendirenlerin puan ortalaması  $100,72 \pm 17,88$  , orta olarak değerlendirenlerin puan ortalaması  $105,60 \pm 18,72$  olarak bulunmuştur. Sosyo-ekonomik durum yükseldikçe öz-bakım gücü puanının arttığı görülmektedir; fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F= 2,758$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 10).

Tablo 11: Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N=305)

Hastalık Özellikleri			Öz-bakım Gücü		
			N	$\bar{X} \pm SS$	
Kaç yıldır HT	1 yıl ve altı		34	$106,47 \pm 15,58$	$F= 1,336$ $p= 0,263$ $p> 0,05$
	2-10 yıl		198	$104,79 \pm 19,67$	
	11-19 yıl		46	$99,34 \pm 21,37$	
	20 yıl ve üstü		27	$101,51 \pm 16,48$	
Ailede Hipertansiyon	Evet		173	$103,99 \pm 19,06$	$t= 0,126$ $p= 0,900$ $p> 0,05$
	Hayır		132	$103,71 \pm 19,71$	
Tansiyonu Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılanlar	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	Evet	247	$105,94 \pm 17,40$	$t= 3,245$ $p=0,002$ $p< 0,05$
		Hayır	58	$95,03 \pm 24,18$	
	Egzersiz yapıyorum	Evet	63	$113,98 \pm 15,80$	$t= 4,833$ $p= 0,000$ $p< 0,05$
		Hayır	242	$101,23 \pm 19,30$	
Diyet yapıyorum	Evet	130	$107,94 \pm 17,16$	$t= 3,304$ $p= 0,001$ $p< 0,05$	
	Hayır	175	$100,84 \pm 20,29$		
Bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlıyorum	Evet	166	$105,74 \pm 18,96$	$t= 1,854$ $p= 0,065$ $p> 0,05$	
	Hayır	139	$101,64 \pm 19,56$		

HT Yaşama etkisi	Hiç etkilemedi	21	115,90 ± 12,05	F= 4,236 p= 0,002 p< 0,05
	Etkilemedi	42	108,50 ± 15,27	
	Şöyle Böyle Etkiledi	55	103,60 ± 21,34	
	Etkiledi	88	104,15 ± 18,62	
	Çok Etkiledi	99	99,25 ± 20,22	
Sigara Kullanma	Evet	78	99,02 ± 20,32	t= - 2,593 p= 0,010 p< 0,05
	Hayır	227	105,53 ± 18,71	
Alkol Kullanma	Evet	16	109,75 ± 23,98	t= 1,252 p= 0,212 p> 0,05
	Hayır	289	103,54 ± 19,02	
Başka Bir Fiziksel Hastalık	Var	140	103,23 ± 21,63	t= - 0,520 p= 0,604 p> 0,05
	Yok	165	104,41 ± 17,14	
Ruhsal Hastalık	Var	37	99,00 ± 21,80	t= - 1,641 p= 0,102 p> 0,05
	Yok	268	104,54 ± 18,89	
Fiziksel Sağlık Değerlendirmesi	Çok Kötü	23	89,08 ± 21,95	F= 14,831 p= 0,000 p< 0,05
	Kötü	29	89,75 ± 23,71	
	Şöyle Böyle	118	101,78 ± 17,08	
	İyi	109	110,88 ± 15,86	
	Çok İyi	26	112,73 ± 16,72	
Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi	Çok kötü / Kötü	35	87,40 ± 24,19	F= 17,642 p= 0,000 p< 0,05
	Şöyle Böyle	98	101,15 ± 17,01	
	İyi	146	107,13 ± 17,39	
	Çok iyi	26	118,00 ± 13,54	
Önemli Olay	Evet	131	102,01 ± 19,33	t= - 1,459 p= 0,145 p> 0,05
	Hayır	174	105,27 ± 19,23	

Tansiyonu kontrol altında tutmak için, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması (105,94 ± 17,40), ilaçlarını düzenli kullanmayanlara (95,03 ± 24,18) göre daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 3,245 , p< 0,05). Tansiyonu kontrol altında tutmak için, egzersiz yapanların (113,98 ± 15,80), egzersiz yapmayanlara (101,23 ± 19,30) göre öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 4,833 , p< 0,05). Diyet yapan hastaların (107,94 ± 17,16) da diyet yapmayanlara (100,84 ± 20,29) göre öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olup, aradaki fark

anlamlıdır ( $t= 3,304$  ,  $p< 0,05$ ). Tansiyonu kontrol altında tutmak için, bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları ( $105,74 \pm 18,96$ ), hazırlamayan hastalara ( $101,64 \pm 19,56$ ) göre daha yüksek olduğu; fakat, aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $t= 1,854$  ,  $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Hipertansiyonun yaşama etkisine göre, hiç etkilemedi cevabını veren hastalarda öz-bakım gücü puanı ( $115,90 \pm 12,05$ ) en yüksek olup, etkilemedi cevabını verenlerde  $108,50 \pm 15,27$  , şöyle böyle etkiledi cevabını verenlerde  $103,60 \pm 21,34$  , etkiledi diyenlerde  $104,15 \pm 18,62$  , çok etkiledi diyen hastalarda ise  $99,25 \pm 20,22$ 'dir. Hipertansiyonun yaşama etkisi arttıkça öz-bakım gücü puanının düştüğü görülmektedir ( $F= 4,236$  ,  $p< 0,05$ ). Sigara kullanan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları ( $99,02 \pm 20,32$ ), sigara kullanmayanlara ( $105,53 \pm 18,71$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t= -2,593$  ,  $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Fiziksel sağlık değerlendirmesine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları sırasıyla, çok kötü diyenlerde  $89,08 \pm 21,95$  , kötü diyenlerde  $89,75 \pm 23,71$  , şöyle böyle cevabını verenlerde  $101,78 \pm 17,08$  , iyi cevabını verenlerde  $110,88 \pm 15,86$  , çok iyi diyenlerde ise  $112,73 \pm 16,72$ 'dir. Fiziksel sağlık değerlendirmesi yükseldikçe öz-bakım gücü puanının arttığı görülmektedir. Aradaki fark anlamlıdır ( $F= 14,831$  ,  $p< 0,05$ ). Ruhsal sağlık değerlendirmesine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları ise sırasıyla, çok kötü / kötü cevabını verenlerde  $87,40 \pm 24,19$  , şöyle böyle cevabını verenlerde  $101,15 \pm 17,01$  , ruhsal sağlığını iyi olarak değerlendirenlerde  $107,13 \pm 17,39$  , çok iyi olarak değerlendirenlerde ise  $118,00 \pm 13,54$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $F= 17,642$  ,  $p< 0,05$ ) ve hastaların ruhsal sağlık değerlendirmeleri arttıkça öz-bakım gücü puanlarının arttığı görülmektedir (Tablo 11).

Hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları kaç yıldır hipertansiyon hastası olduğuna göre sırasıyla, 1 yıl ve altında olanlarda  $106,47 \pm 15,58$  ,

2-10 yıl olanlarda  $104,79 \pm 19,67$  , 11-19 yıl olanlarda  $99,34 \pm 21,37$  , 20 yıl ve üstü olanlarda  $101,51 \pm 16,48$  olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $F= 1,336$  ,  $p> 0,05$ ). Ailesinde hipertansiyon hastası olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları ( $103,99 \pm 19,06$ ) ile ailesinde hipertansiyon hastası olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları ( $103,71 \pm 19,71$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t= 0,126$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 11).

Alkol kullanan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $109,75 \pm 23,98$ , kullanmayanların ise  $103,54 \pm 19,02$ 'dir. Aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $t= 1,252$  ,  $p>0,05$ ) Tablo 11).

Başka bir fiziksel hastalığa sahip olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $103,23 \pm 21,63$  , başka bir fiziksel hastalığı olmayan hastaların ise  $104,41 \pm 17,14$ 'tür. Aradaki fark anlamlı değildir ( $t= - 0,520$  ,  $p> 0,05$ ). Ruhsal hastalığı olanların ( $99,00 \pm 21,80$ ), olmayanlara ( $104,54 \pm 18,89$ ) göre öz-bakım gücü puan ortalamaları daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= - 1,641$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 11).

Önemli bir olay yaşayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları ( $102,01 \pm 19,33$ ) , önemli bir olay yaşamayanlara ( $105,27 \pm 19,23$ ) göre daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $t= - 1,459$  ,  $p> 0,05$ ) (Tablo 11).

### 3.6. Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamaları İle Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının İlişkisi

Tablo 12: Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının İle Öz-bakım gücü Puan Ortalamalarının İlişkisi

	Sürekli Öfke	Öfke Tarz Ölçeği		
		Öfke İçte	Öfke Dışa	Öfke Kontrol
<b>Öz-bakım Gücü</b>	- 0,300 0,000	- 0,187 0,001	- 0,187 0,001	0,267 0,000

Korelasyon analizi ile yapılan incelemede, öz-bakım gücü puanı ile sürekli öfke puanı arasında negatif bir ilişki olduğu; sürekli öfke düzeyi artıkça öz-bakım gücünün azaldığı ( $r = - 0,300$ ), Öz-bakım gücü puanı ile öfke içte ve öfke dışı puanları arasında da negatif bir ilişki olduğu ve her ikisinin korelasyon katsayısının aynı olduğu ( $r = - 0,187$ ), öfke kontrol puanı arasında ise pozitif bir ilişki olduğu ( $r = 0,267$ ) saptanmıştır. Öz-bakım gücü puanı ile sürekli öfke ve öfke tarzı puanları arasındaki bu ilişkilerin güçlü ilişkiler olmadığı da bulunmuştur (Tablo 12).

## BÖLÜM IV

### 4. TARTIŞMA

#### 4.1. Hipertansiyonu Olan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamına giren hastaların %74,4'ü kadın, %25,6'sı erkektir (Tablo 2). Kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla olduğu görülmektedir. Aydemir (2001) ve Yalçın'ın (2002) çalışmalarında da kadınların erkeklere göre daha fazla hipertansiyon hastası olduğu belirtilmektedir (5, 59). Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) hipertansiyonlu hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili çalışmalarında da, kadınların %61,0'lik bir oranla çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır (6).

Hastaların yaş ortalamasının  $57,06 \pm 9,73$  olduğu, %75,7'sinin evli, %68,2'sinin en uzun süre büyük şehirde yaşadığı, % 48,9'nun ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur. Hastaların %41,0'ünün eş ve çocuklarıyla yaşadığı, %90,2'sinin bir işte çalışmadığı, %99,0'unun sağlık güvencesine sahip olduğu görülmektedir. Hastaların %67,9'unun "orta" sosyo-ekonomik düzeye sahip olduğunu belirttiği saptanmıştır (Tablo 2). Bu bulgular doğrultusunda araştırma kapsamına giren hipertansiyon hastalarının orta yaş gurubunda, evli, ilkökul mezunu, büyük şehirde eş ve çocuklarıyla yaşayan, kendilerini orta sosyoekonomik düzeyde algılayan ve bir işte çalışmayan ancak bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olan bireylerden oluştuğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların hipertansiyon hastası olma yılı ortalama  $8,07 \pm 6,44$  yıldır. Hastaların %56,7'sinin ailesinde başka hipertansiyon hastaları olduğu, tansiyonu kontrol altında tutmak için hastaların %81,0'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %32,5'inin hipertansiyonun yaşamlarını çok etkilediği, ancak hastaların %25,6'sının sigara, %5,2'sinin ise alkol kullandığı görülmektedir (Tablo 4). Araştırma kapsamına giren hastaların

sekiz yıldır hasta olmaları, hastalık sürecine uyum sağladıklarını, bu nedenle de tümüne yakınının ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını ifade ettiklerini düşündürmektedir. Ancak hastaların yaşamlarını etkilediğini söylemelerine karşın, çok fazla olmasa da sigara ve alkol kullandıklarını ifade etmeleri hastalık sürecinin farkındalığının yeterli düzeyde olmadığını belirtebilir.

Hastaların %45,9'unun hipertansiyon dışında başka fiziksel bir hastalığının olduğu, %87,9'unun ise ruhsal bir hastalığının olmadığı, bununla birlikte %35,7'sinin fiziksel sağlığını "iyi", %47,9'unun da ruhsal sağlığını "iyi" olarak değerlendirdiği bulunmuştur( Tablo 5). Hastaların yarısına yakınının başka bir fiziksel hastalığının olduğunu söylemesi, hipertansiyonun yıllar içinde vücutta yaptığı tahribatın bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular literatürle de uygunluk göstermektedir (44,47). Benzer şekilde hastaların yarısına yakınının fizik ve ruh sağlıklarını olumlu yönde değerlendirmeleri, yukarıda söz edildiği gibi hastaların hastalık sürecine uyum sağlamalarına bağlanabilir. Aynı zamanda bu süreçte fizik sağlıklarında ki değişikliklerin olağan olduğunu kabul edip, olumlu yönde değerlendirdikleri ve bu olumlu değerlendirmenin de ruh sağlığı değerlendirmesine yansıdığı şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların %43,0'ünün son iki yıl içinde önemli bir yaşam olay yaşadığı, %68,5'inin de boş zaman aktivitesi olarak televizyon izlediği saptanmıştır (Tablo 5). Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın (%74,4) ve ev hanımı (%53,1) olması nedeniyle, boş zaman aktivitesi olarak yüksek oranda televizyon izlendiğinin belirtilmesi beklenen bir sonuçtur. Önemli bir yaşam olayı yaşayanlar en fazla ailevi sorunlar (%14,4) ve ölüm olayı (%13,1) yaşadıklarını belirtmişlerdir.

#### **4.2. Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Hipertansiyonu olan hastaların sürekli öfke puan ortalaması  $21,13 \pm 6,61$ , öfke ifade tarz ölçeği alt ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla; öfke içte puan ortalaması  $19,44 \pm 4,94$ , öfke dışı puan ortalaması  $13,10 \pm 4,49$ , öfke

kontrol puan ortalaması  $23,40 \pm 4,97$  olarak belirlenmiştir (Tablo 6). Ölçeğin puan aralıkları sürekli öfke için 10 – 40, öfke ifade tarz ölçeği alt ölçekleri için ise 8 – 32'dir (45). Bu puan aralıklarına göre sürekli öfke düzeyinin “orta” düzeye yakın, öfke içte puan ortalamasının “orta” düzeyde, öfke dışa puan ortalamasının düşük ve öfke kontrol puan ortalamasının ise “orta” düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Özer (1994b)'in aktardığı üzere, Özer ve arkadaşlarının yüksek tansiyon hastalarında öfke ve öfke ifade tarzları ile ilgili araştırmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $23,14 \pm 7,43$ , öfke içte puan ortalaması  $18,88 \pm 4,62$ , öfke dışa puan ortalaması  $14,52 \pm 5,57$ , öfke kontrol puan ortalaması  $23,56 \pm 6,20$  olarak bulunmuştur (49). Bu bulgular araştırmadan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Karabulut (2004) ve arkadaşlarının hipertansiyonlu bireylerde öfke ile ilgili çalışmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $26,23 \pm 5,84$ , öfke içte puan ortalaması  $19,81 \pm 4,36$ , öfke dışa puan ortalaması  $17,61 \pm 4,85$ , öfke kontrol puan ortalaması  $20,33 \pm 5,91$  olarak saptanmıştır (34). Karabulut (2004) ve arkadaşlarının çalışmasında ve bu çalışmada bulunan öfke içte puanları benzerlik göstermektedir. Erkek (2005) ve arkadaşlarının yüksek tansiyon tanısı alan bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının belirlendiği araştırmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $16,76 \pm 4,18$ , öfke içte puan ortalaması  $13,92 \pm 2,90$ , öfke dışta puan ortalaması  $12,38 \pm 2,68$  ve öfke kontrol puan ortalaması  $21,57 \pm 2,70$  olarak saptanmıştır (23). Erkek (2005) ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamalarının bu araştırmada bulunan sonuçlardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Güleç (2004) ve arkadaşlarının fibromiyalji sendromu olan kadınlarda öfke ile ilgili çalışmasında, sürekli öfke puan ortalaması  $25,3 \pm 7,2$ , öfke içte puan ortalaması  $18,7 \pm 4,9$ , öfke dışa puan ortalaması  $16,9 \pm 5,5$ , öfke kontrol puan ortalaması  $20,2 \pm 5,7$ , olarak bulunmuştur (30). Engin (2005) ve arkadaşlarının alkol ve madde bağımlılarında öfke duygusu ile ilgili araştırmasında, hastaların sürekli öfke puan ortalamaları  $24,34 \pm 7,17$ , öfke

içte puan ortalamaları  $19,26 \pm 4,37$  , öfke dışta puan ortalaması  $18,46 \pm 4,80$  , öfke kontrol puan ortalamaları ise  $20,96 \pm 4,78$  olarak saptanmıştır (21). Güleç (2004) ve arkadaşlarının, Engin (2005) ve arkadaşlarının çalışmasında ve bu çalışmada bulunan öfke içte puanları benzerlik göstermektedir.

Araştırma sonucunda  $H_1$  hipotezi ( $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin öfke ve öfke tarzı puan ortalamaları yüksektir) reddedilmiştir.

### **4.3. Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi**

Cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ( $p > 0,05$ ), öfke içte puan ortalaması kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuş ( $p < 0,05$ ), öfke dışa puan ortalaması ise erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Tablo 7). Karabulut (2004) ve arkadaşlarının hipertansiyonlu bireylerde öfke ile ilgili çalışmasında, cinsiyete göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (34). Engin (2005) ve arkadaşlarının alkol ve madde bağımlılarında öfke duygusu ile ilgili araştırmasında da, cinsiyete göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (21). Bu araştırma bulguları ile Karabulut (2004) ve arkadaşlarının ve Engin (2005) ve arkadaşlarının araştırma bulguları cinsiyete göre öfke içte puan ortalaması ve öfke dışa puan ortalaması açısından farklılık göstermektedir.

Erkek (2005) ve arkadaşlarının yüksek tansiyon tanısı alan bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının belirlendiği araştırmasında ise, sürekli öfke ve öfke dışa puan ortalamalarının cinsiyete göre farklı olduğu belirlenmiştir (23).

Karaca ve Şahin'in (2005) görme engelli ergenlerin öfke düzeyi ve öfke ifade tarzlarını inceledikleri çalışmada, cinsiyete göre puan ortalamaları incelendiğinde, erkeklerin sürekli öfke ve öfke dışa puan ortalamalarının

kızlara göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, aynı şekilde erkeklerin öfke içte puan ortalamalarının kızlara göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (35).

Yaş gruplarına göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 7). Durmuş (2000) ve arkadaşlarının, Erkek (2005) ve arkadaşlarının, Karabulut (2004) ve arkadaşlarının araştırmalarında da benzer olarak, yaşa göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (16, 23, 34). Kuruçay (2005) ve arkadaşlarının çalışmasında ise, yaşa göre sürekli öfke puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır (39). Bu araştırmanın bulguları ile Kuruçay (2005) ve arkadaşlarının araştırma bulguları farklılık göstermektedir.

Medeni duruma göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 7). Durmuş (2000) ve arkadaşlarının çalışmasında da medeni duruma göre puan ortalamaları arasında fark bulunmazken; Erkek (2005) ve arkadaşlarının çalışmasında medeni duruma göre sürekli öfke, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında; Kuruçay (2005) ve arkadaşlarının çalışmasında ise sürekli öfke puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (16, 23, 39). Bu araştırma sonuçları ile Durmuş (2000) ve arkadaşlarının araştırma sonuçları benzerli gösterirken, Erkek (2005) ve arkadaşlarının ve Kuruçay (2005) ve arkadaşlarının araştırma sonuçları ise farklılık göstermektedir.

Hastaların en uzun süre yaşadıkları yere göre sürekli öfke, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmazken; öfke içte puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,05$ ), (Tablo 7). Öfke içte puan ortalaması en düşük olarak büyük şehirde yaşayanlarda bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre sürekli öfke puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim seviyesi yükseldikçe sürekli öfke düzeyinin düştüğü, ilkökul mezunu olmayanlarda en yüksek, fakülte - yüksekökul mezunlarında en düşük olduğu ve aradaki farkın da anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Öfke içte

puan ortalamalarının ilkokul mezunu olmayanlarda en yüksek olduğu, lise ve fakülte – yüksekokul mezunlarından anlamlı olarak farklı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamalarının ise, eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 7). Erkek (2005) ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim durumuna göre öfke dışı puan ortalamaları arasında fark olduğu bulunmuştur (23).

Durmuş (2000) ve arkadaşlarının, Karabulut (2004) ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, eğitim düzeyine göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (16, 34). Bu araştırmanın bulguları sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamaları açısından Erkek (2005) ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik gösterirken, Durmuş (2000) ve arkadaşlarının, Karabulut (2004) ve arkadaşlarının çalışmalarıyla farklılık göstermektedir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre puan ortalamaları incelendiğinde, öfke dışı puan ortalamasının yalnız yaşayanlarda en düşük, sadece çocuklarla yaşayanlarda en yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalamasının yalnız yaşayanlarda en düşük olması beklenen bir sonuçtur. Birlikte yaşanan kişilere göre sürekli öfke, öfke içte ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 7).

Bir işte çalışma durumuna göre sürekli öfke ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmamışken ( $p > 0,05$ ); bir işte çalışanların öfke içte puan ortalaması daha düşük, öfke dışı puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Tablo 7). Bir işte çalışmanın öfkeyi ifade etme şeklini etkilediği söylenebilir.

Sosyoekonomik durum değerlendirmesine göre, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ). Sosyoekonomik durumunu orta olarak değerlendirenler ile çok düşük olarak değerlendirenlerin sürekli öfke puan ortalamaları arasında fark vardır; çok düşük olarak değerlendirenlerin sürekli öfke düzeyi daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamaları ise aynı şekilde, sosyoekonomik durumu çok düşük olanlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p <$

0,05), (Tablo 7). Sosyoekonomik durum değerlendirmesinin sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamalarını etkilediği görülmektedir.

Hipertansiyon hastası olma süresine göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8).

Ailede hipertansiyon hastası olma durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde, anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8). Ailede hipertansiyon hastası olma durumu sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarını etkilememektedir.

Tansiyonu kontrol altında tutmak için, ilaçlarını düzenli kullananların kullanmayanlara göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Egzersiz yapanların sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamaları egzersiz yapmayanlara göre daha düşük bulunurken ( $p < 0,05$ ); öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Egzersiz yapmanın sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamalarını düşürdüğü görülmektedir. Diyet yapanların ve yapmayanların sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ( $p > 0,05$ ); diyet yapanların öfke dışa puan ortalaması daha düşük, öfke kontrol puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Tablo 8). Diyet yapmak öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarını etkilemektedir.

Hipertansiyonun yaşama etkisine göre puan ortalamaları incelendiğinde, sürekli öfke puan ortalaması çok etkiledi diyenlerde en yüksek olarak bulunmuştur ve aradaki fark anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması ise, etkilemedi diyenlerde en düşük, çok etkiledi diyenlerde en yüksek olarak bulunmuştur ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamalarının hipertansiyonun yaşamlarını çok etkilediğini belirtenlerde en yüksek olduğu görülmektedir. Öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında ise, hipertansiyonun yaşama etkisine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8).

Sigara kullananlarda öfke dışa puan ortalaması sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Sürekli öfke, öfke içte ve öfke kontrol puan ortalamaları ise sigara kullanma durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8).

Alkol kullananlarda öfke içte puan ortalaması alkol kullanmayanlara göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sürekli öfke, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarının ise alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8).

Başka bir fiziksel hastalığı olanların ve olmayanların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8).

Ruhsal hastalığı olanların sürekli öfke ve öfke dışa puan ortalamaları ruhsal hastalığı olmayanlara göre daha yüksek, öfke kontrol puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ruhsal hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında öfke içte puan ortalamaları ise farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8).

Fiziksel sağlık değerlendirmesine göre sürekli öfke puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel sağlığını çok kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek, iyi olarak değerlendirenlerde en düşük olarak bulunmuş ve aradaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalamasının fiziksel sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendirenlerde en düşük, çok kötü olarak değerlendirenlerde ise en yüksek bulunduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Öfke dışa puan ortalaması fiziksel sağlığını iyi olarak değerlendirenlerde en düşük, kötü olarak değerlendirenlerde ise en yüksek olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları arasında ise fiziksel sağlık değerlendirmesine göre fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8). Fiziksel sağlık değerlendirmesinin sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışa puan ortalamalarını etkilediği, öfke kontrol puan ortalamalarını ise etkilemediği görülmektedir.

Sürekli öfke puan ortalaması ruhsal sağlığını çok kötü/ kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek, çok iyi olarak değerlendirenlerde ise en

düşük bulunmuş, aradaki farkında anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Öfke içte puan ortalaması ruhsal sağlığını çok kötü/ kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek, çok iyi olarak değerlendirenlerde en düşüktür. Aradaki fark anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Öfke dışı puan ortalaması ruhsal sağlığını çok kötü/ kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek bulunmuş ve diğer gruplardan farklı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Öfke kontrol puan ortalamaları ruhsal sağlığını çok kötü/ kötü olarak değerlendirenlerde en düşük, iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlerde ise en yüksek bulunmuş ve aradaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ), (Tablo 8). Erkek (2005) ve arkadaşlarının yüksek tansiyon tanısı alan bireylerle ilgili çalışmasında da, ruhsal sağlığı değerlendirme durumları sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları için etkili faktör olarak belirtilmiştir (23).

Daha önce önemli bir olay yaşayanların sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamaları, önemli bir olay yaşamayanlardan daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları ise, önemli bir olay yaşama durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 8). Önemli bir olay yaşamayanın sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamalarını etkilediği görülmektedir.

#### **4.4. Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Hipertansiyonu olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması  $103,87 \pm 19,31$  olarak bulunmuştur (Tablo 9). Ölçeğin puan aralığı 0 - 140'dır (45). Bu puan aralığına göre hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının "orta" düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Düzöz (2005) hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünü değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, öz-bakım gücü puan ortalamasını  $100,04 \pm 17,62$  olarak saptamıştır (17). Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) hipertansiyonlu hastalarda öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında ise, öz-bakım gücü puan ortalamasının  $98,9 \pm 20,1$  olduğu

bulunmuştur (6). Bu sonuçların araştırmanın bu bulgusuyla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Öz-bakım ölçeği kullanılarak yapılan diğer araştırma sonuçları ise şunlardır; Kara ve Akbayrak (2001) Tip II diabetes mellituslu hastalarla yaptığı araştırmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması  $100,77 \pm 19,00$  dur(33). Bayram'ın (2001) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve öz-bakım gücüyle ilgili çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması  $102,12 \pm 15,96$  olarak saptanmıştı (10). Coşkun (2002)'un mastektomi ameliyatı olmuş kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve öz-bakım gücü ile ilgili çalışmasında da, öz-bakım gücü puan ortalaması  $118,2 \pm 12,52$  olarak belirlenmiştir (15). Araştırma kapsamına giren hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının, Tip II diabetes mellitusu olan, mastektomi ameliyatı olmuş kadınların ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının puan ortalamaları ile de benzerlik göstermektedir.

Ancak Fındık'ın (2001) ampütasyon uygulanan hastaların öz-bakım gücünü incelediği çalışmasında, öz-bakım gücü puan ortalaması eğitim öncesi  $80,91 \pm 14,33$  olarak bulunmuştur (25). Bozkurt (2005) ve arkadaşlarının riskli gebelerde öz-bakım gücü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili araştırmasında ise, öz-bakım gücü puan ortalaması  $85,17 \pm 27,29$  olarak saptanmıştır (13). Araştırma kapsamına giren hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının, ampütasyon uygulanan hastaların ve riskli gebelerin öz-bakım gücü puan ortalamasından yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma sonucunda,  $H_1$  hipotezi ( $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerin öz-bakım gücü düşüktür) reddedilmiştir.

#### **4.5. Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi**

Cinsiyete göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, erkeklerin puan ortalamasının kadınların puan ortalamasından daha yüksek

olduğu ve aradaki farkında anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ), (Tablo 10). Türk toplumunda erkeklerin güçlü olduğu ve çok fazla hasta olmayacakları gibi önyargılar oldukça güçlüdür. Bu bağlamda erkeklerin toplumun kendilerinden beklentileri doğrultusunda, sağlıklarını daha fazla önemsedikleri ve bu doğrultuda davrandıkları düşünülmektedir. Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) çalışmasında da benzer bir sonuç alınmış, erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalaması kadınlarinkinden yüksek bulunmuştur (6). Süzek ve Çakmak'ın (2004) çalışmasında erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalaması kadınlarinkinden yüksek bulunmuş, fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (57).

Bayram'ın (2001) araştırma sonuçları ise, kadınların öz-bakım gücü puan ortalamasının erkeklerinkinden yüksek olduğunu, fakat aradaki farkın anlamlı olmadığını göstermektedir (10). Düzöz (2005), Fındık (2001) ve Karapehlivan (2003) ise çalışmalarında erkeklerin ve kadınların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır (17, 25, 36).

Yaş grupları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). En düşük öz-bakım gücü puan ortalamasının 35-44 yaş grubunda, en yüksek puan ortalamasının ise 65 yaş ve üstü grupta olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Öz-bakım gücü puan ortalamasının yaşla birlikte artış göstermesi, yaşla birlikte sağlık sorunlarının artışıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu konuda yapılan diğer araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu araştırmalar şunlardır; Düzöz'ün (2005) çalışmasında da yaş grupları arasında öz-bakım gücü puan ortalamalarının farklı olduğu bulunmuş; fakat, en yüksek puanın 40 yaş ve altı grupta, en düşük puanın ise 61 yaş ve üstü grupta yer aldığı belirtilmiştir (17). Düzöz'ün (2005) çalışmasındaki sonuçlar ve bu araştırmadaki sonuçlar farklılık göstermektedir. Bakoğlu ve Yetkin (2000), Bayram (2001) ve Fındık (2001) çalışmalarında, öz-bakım gücü puan ortalamalarının yaş grupları arasında farklı olmadığını saptamışlardır (6, 10, 25).

Medeni duruma göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, eşi ölmüş olanların evli ve boşanmış olanlara göre daha yüksek puan

ortalamasına sahip olmalarına rağmen, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 10). Bayram'ın (2001) çalışmasında ise, bekar ve evli olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları dul olanlardan daha yüksek olmasına rağmen, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (10).

Yaşanan yere göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 10). Bu araştırmanın sonuçları ile Fındık'ın (2001) araştırma sonuçları uygunluk gösterirken, Bakoğlu ve Yetkin (2000), Düzöz'ün (2005) bulduğu sonuçlar farklılık göstermektedir. Bakoğlu ve Yetkin (2000), Düzöz (2005) ilde yaşayanların puan ortalamasını köyde yaşayanlardan daha yüksek bulmuşlardır (6, 17, 25).

Hastaların eğitim durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamasının arttığı görülmektedir ( $p < 0,05$ ), (Tablo 10). Düzöz (2005), Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmalarında da, eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur (6, 17). Bayram'ın (2001) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarla ve Fındık'ın (2001) amputasyon uygulanan hastalarla yaptığı çalışmalarda ise, eğitim düzeyine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (10, 25).

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, yalnız yaşayanların en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 10). Bayram'ın (2001) çalışmasında ise, eş-çocuklarla yaşayan grubun ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (10). Bayram'ın (2001) çalışma sonuçları ile bu araştırmanın sonuçları farklılık göstermektedir.

Bir işte çalışanların öz-bakım gücü puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuş; fakat, aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 10). Bakoğlu ve Yetkin (2000) ise, çalışan ve

çalışmayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğunu saptamışlardır (6).

Sosyoekonomik durumu değerlendirme düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puanının arttığı; fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 10). Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) çalışmasında da, sosyoekonomik düzeyi çok iyi olan hastaların en yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu, sosyoekonomik düzey düştükçe öz-bakım gücü puan ortalamasının da düştüğünü, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur (6). Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) çalışması ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Düzöz'ün (2005) araştırmasında ise, sosyoekonomik düzeyi iyi olan hastaların en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, sosyo ekonomik düzey düştükçe öz-bakım gücü puan ortalamasının da düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (17).

Hastaların kaç yıldır hipertansiyon hastası olduğuna göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 11). Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) çalışmasında, bu araştırmaya benzer olarak, hipertansiyon hastası olma süresinin öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur (6). Düzöz'ün (2005) çalışmasında ise, hipertansiyon hikayesine göre ölçek puanlarının dağılımı incelendiğinde, anlamlı bir fark bulunmuştur (17). Bu araştırmanın bulguları ile Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) araştırma bulguları benzerlik gösterirken, Düzöz'ün (2005) araştırma bulguları farklılık göstermektedir.

Ailede hipertansiyon hastası olma durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında fark yoktur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 11). Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) çalışmasında, evinde başka hipertansiyonlu birey olanlar ve olmayanlar arasındaki farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (6).

Tansiyonu kontrol altında tutmak için, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların ilaçlarını düzenli kullanmayanlara göre, egzersiz yapanların, egzersiz yapmayanlara göre ve diyet yapanların, diyet yapmayanlara göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının, daha yüksek olduğu ve aradaki farkın

da anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 11). Kişinin kendi sağlık bakımına katılma yeteneğini ifade eden öz-bakım gücünün, ilaçlarını düzenli kullananlarda, egzersiz ve diyet yapanlarda daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Hipertansiyonun yaşama etkisine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, çok etkiledi diyenlerde puan ortalaması en düşük ( $99,25 \pm 20,22$ ) ; hiç etkilemedi diyenlerde ise puan ortalaması en yüksek ( $115,90 \pm 12,05$ ) olarak bulunmuş ve aradaki fark önemli bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Tablo 11). Hipertansiyonun yaşamlarını hiç etkilemediğini belirten, en yüksek öz-bakım gücü puanına sahip grubun, hastalığa iyi uyum sağlamış olduğu söylenebilir.

Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre öz-bakım gücü puan ortalamasının daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ), (Tablo 11). Akduman (2004) ve arkadaşlarının sağlıklı ergenlerle yaptığı çalışmada, sigara kullanmayanların kullananlardan daha yüksek öz-bakım gücüne sahip olduğu saptanmıştır (2). Akduman (2004) ve arkadaşlarının çalışması ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Alkol kullananların ve kullanmayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 11). Akduman (2004) ve arkadaşlarının çalışmasında ise, alkollü içki kullananların puan ortalamasının kullanmayanların puan ortalamasından daha düşük olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (2).

Başka bir fiziksel hastalığı olanların ve olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ), (Tablo 11).

Ruhsal hastalığı olanların öz-bakım gücü puan ortalaması, ruhsal hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuş; fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 11).

Fiziksel sağlığını çok kötü ve kötü değerlendirenlerin, iyi ve çok iyi değerlendirenlerden öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın da anlamlı olduğu görölmektedir ( $p < 0,05$ ), (Tablo 11).

Ruhsal sağlık değerlendirmesine göre öz- bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, ruhsal sağlığını çok kötü/kötü olarak değerlendirenlerin en düşük puan ortalamasına, çok iyi olarak değerlendirenlerin ise en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Tablo 11). Fiziksel ve ruhsal sağlığı iyi yönde değerlendirmenin öz-bakım gücünü olumlu yönde etkilediği görölmektedir.

Daha önce önemli bir olay yaşıyanların öz-bakım gücü puan ortalaması, yaşamayanlara göre daha düşük bulunmasına rağmen, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 11).

#### **4.6. Hipertansiyonu Olan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamaları İle Öz-bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Hipertansiyonu olan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamaları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, sürekli öfke puanı ile öz-bakım gücü puanı arasında negatif bir ilişki olduğu; sürekli öfke düzeyi artıkça öz-bakım gücünün azaldığı ( $r = - 0,300$ ), öfke içte ve öfke dışa puanları ile öz-bakım gücü puanı arasında da negatif bir ilişki olduğu; öfke içte ve öfke dışa puanları artıkça öz-bakım gücünün azaldığı ( $r = - 0,187$ ) bulunmuştur. Öfke kontrol puanı ile öz-bakım puanı arasında ise pozitif bir ilişki olduğu; öfke kontrol puanı artıkça öz-bakım gücünün de arttığı ( $r = 0,267$ ) saptanmıştır. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları ile öz-bakım gücü puanı arasındaki bu ilişkilerin güçlü ilişkiler olmadığı görölmektedir (Tablo 12).

Araştırma sonucunda,  $H_1$  hipotezi ( $H_1$  : Hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz bakım gücü arasında bir ilişki vardır) kabul edilmiştir.

## BÖLÜM V

### 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. Sonuç

Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'na başvuran hipertansiyonlu bireylerde öfke ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada tanıtıcı özellikler incelendiğinde; hastaların,

- %74,4'ünün kadın olduğu,
- yaş ortalamasının  $57,06 \pm 9,73$  olduğu,
- %75,7'sinin evli,
- %68,2'sinin büyük şehirde en uzun süre yaşamış olduğu,
- %48,9'unun ilkokul mezunu olduğu,
- %41,0'ünün eş ve çocuklarıyla yaşamakta olduğu,
- %67,9'u kendilerini orta sosyoekonomik düzeyde algıladığı,
- %99,0'unun sağlık güvencesine sahip olduğu,
- %90,2'sinin bir işte çalışmamakta olduğu saptanmıştır.

Hastalık özellikleri incelendiğinde;

- Hastaların hipertansiyon hastası olma yılı ortalamasının  $8,07 \pm 6,44$  olduğu,
- Ailede hipertansiyon hastası olanların oranının %56,7 olduğu,
- Tansiyonu kontrol altında tutmak için, hastaların %81,0'nın ilaç kullandığı, %20,7'sinin egzersiz yaptığı, %42,6'sinin diyet yaptığı ve %54,4'ünün bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler gibi karışımlar kullandığı,
- Hastaların %32,5'inin hipertansiyonun yaşamlarını çok etkilediğini belirttiği,

- %25,6'sının sigara, %5,2'sinin alkol kullandığı,
  - %45,9'unun başka fiziksel bir rahatsızlığı daha olduğu; %12,1'inin ise ruhsal bir rahatsızlığı olduğu,
  - %35,7'sinin fiziksel sağlığını "iyi", %47,9'unun da ruhsal sağlığını "iyi" olarak değerlendirdiği,
  - %43,0'ının son iki yıl içinde önemli bir yaşam olay yaşadığı,
  - %68,5'inin boş zaman aktivitesi olarak televizyon izlediği belirlenmiştir.
- Hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması  $103,87 \pm 19,31$ 'dir. Hastaların cinsiyetinin, yaş grubunun, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirme durumunun öz-bakım gücü üzerinde etkili olduğu; eğitim durumunun, tansiyonu kontrol altında tutmak için ilaçlarını düzenli kullanmanın, egzersiz ve diyet yapmanın öz-bakım gücü üzerinde olumlu yönde etkili olduğu; hipertansiyonun yaşama etkisinin, sigara kullanma durumunun ise, öz-bakım gücü üzerinde olumsuz yönde etkili olduğu saptanmıştır.
- Hastaların Sürekli Öfke puan ortalamasının  $21,13 \pm 6,61$  ve etkili faktörlerin eğitim durumu, sosyoekonomik durum değerlendirmesi, tansiyonu kontrol altında tutmak için egzersiz yapması, hipertansiyonun yaşama etkisi, ruhsal bir hastalığının olması, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirme durumu ve önemli bir olay yaşama durumu olduğu saptanmıştır. Eğitim durumunun, egzersiz yapmanın sürekli öfke puanı üzerinde olumlu yönde; hipertansiyonun yaşama etkisinin, ruhsal bir hastalığın olmasının, önemli bir olay yaşama durumunun ise olumsuz yönde etkili olduğu bulunmuştur.

Öfke İfade Tarz ölçeği alt ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla;

- Öfke İfade Tarz puan ortalaması  $19,44 \pm 4,94$  olarak ve etkili faktörlerin ise cinsiyet, yaşanan yer, eğitim durumu, bir işte çalışma durumu,

sosyoekonomik durum değerlendirmesi, tansiyonu kontrol altında tutmak için egzersiz yapması, hipertansiyonun yaşama etkisi, alkol kullanma, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirme durumu ve önemli bir olay yaşama durumu olduğu belirlenmiştir.

- Öfke Dışa puan ortalaması  $13,10 \pm 4,49$  , etkili faktörler ise cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, bir işte çalışma durumu, tansiyonu kontrol altında tutmak için diyet yapma, sigara kullanma, ruhsal bir hastalığın olması, fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumu olarak saptanmıştır.
- Öfke Kontrol puan ortalaması  $23,40 \pm 4,97$  olarak ve etkili faktörlerin ise tansiyonu kontrol altında tutmak için diyet yapma, ruhsal bir hastalığın olması ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumu olduğu saptanmıştır. Diyet yapma durumu öfke kontrol puan ortalamasını olumlu yönde, ruhsal bir hastalığın olması ise olumsuz yönde etkilemektedir.
- Hastaların sürekli öfke puanı ile öz-bakım gücü puanı arasında negatif bir ilişki olduğu; sürekli öfke düzeyi artıkça öz-bakım gücünün azaldığı, öfke içte ve öfke dışa puanları ile öz-bakım gücü puanı arasında da negatif bir ilişki olduğu; öfke içte ve öfke dışa puanları arttıkça öz-bakım gücünün azaldığı, öfke kontrol puanı ile öz-bakım puanı arasında ise pozitif bir ilişki olduğu; öfke kontrol puanı arttıkça öz-bakım gücünün de arttığı saptanmıştır.

## 5.2. Öneriler

- Hastaların sürekli öfke puanı orta düzeye yakın, öfke içte puanı orta düzeyde, öfke dışa puanı düşük ve öfke kontrol puanı orta düzeyin üzerindedir. Özellikle bastırılmış, içe yöneltilmiş öfkenin etkili olduğu esansiyel hipertansiyon hastalığı olan bireylere öfke ifadesi ve kontrolü konusunda eğitim verilmesinin, hastalığa uyum sağlama

açısından yararlı olacağı ve hipertansiyon ataklarını önleyeceği düşünülmektedir.

- Hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması orta düzeyin üzerindedir. Hipertansiyon hastalarıyla öz-bakım uygulamalarını geliştirmelerine yönelik işbirliği sağlanmalı ve hastalara ihtiyaçları doğrultusunda eğitim verilmelidir.
- Hastalara bu eğitimlerin verilebilmesi için, Birinci Basmak Sağlık Hizmetleri'nde çalışan halk sağlığı hemşirelerine hizmet içi eğitim verilmesi önerilmektedir.
- Öz-bakım gücü ile sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı puanları arasında negatif bir ilişki olduğu, öz-bakım gücü ile öfke kontrol puanı arasında ise pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Öz-bakım gücünün arttırılmasında, hastalar tarafından öfke kontrolünün amacının yani öfkenin nasıl uygun bir dille ifade edilebileceğinin bilinmesi önem taşımaktadır.
- Benzer araştırmaların değişik bölgelerde, daha geniş gruplarla tekrarlanması, öz-bakım gücü ve öfke düzeylerinin bağımsız değişkenlerle ilişkisinde farklı kaynaklarda farklı sonuçlar elde edilmesi nedeniyle, önerilebilir.

## ÖZET

### Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz-bakım Gücü İlişkisi

Bu araştırmada hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz bakım gücü arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma ilişkisel tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'na başvuran Hipertansiyon tanısı almış bireyler, örneklemini ise 01 Temmuz – 01 Ağustos 2005 tarihleri arasında başvuran, en az altı ay önce Hipertansiyon tanısı almış bireyler (N=305) oluşturmuştur.

Veriler, izinler alındıktan sonra, Sürekli Öfke – Öfke Tarz Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Birey Tanıtım Formu ile toplanmıştır. Veriler yüzdellik, ortalama, standart sapma, t testi, varyans analizi ve Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda, hastaların yaş ortalaması  $57,06 \pm 9,73$  olarak bulunmuştur. Hastaların %74,4'ü kadın, %75,7'si evli, %48,9'u ilkokul mezunudur. Öz-bakım gücü puan ortalaması  $103,87 \pm 19,31$ , etkili faktörler ise cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, tansiyonu kontrol altında tutmak için ilaçlarını düzenli kullanma, egzersiz ve diyet yapma, hipertansiyonun yaşama etkisi, sigara kullanma durumu, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirme durumudur.

Sürekli öfke puan ortalaması  $21,13 \pm 6,61$ , etkili faktörler ise eğitim durumu, sosyoekonomik durum değerlendirmesi, tansiyonu kontrol altında tutmak için egzersiz yapma, hipertansiyonun yaşama etkisi, ruhsal bir hastalığın olması, fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumu ve önemli bir olay yaşama durumudur.

Öfke içte puan ortalaması  $19,44 \pm 4,94$ , etkili faktörler ise cinsiyet, yaşanan yer, eğitim durumu, bir işte çalışma durumu, sosyoekonomik durum değerlendirmesi, tansiyonu kontrol altında tutmak için egzersiz yapma, hipertansiyonun yaşama etkisi, alkol kullanma, fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumu ve önemli bir olay yaşama durumudur.

Öfke dışı puan ortalaması  $13,10 \pm 4,49$  , etkili faktörler ise cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, bir işte çalışma durumu, tansiyonu kontrol altında tutmak için diyet yapma, sigara kullanma, ruhsal bir hastalığın olması, fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumudur.

Öfke kontrol puan ortalaması  $23,40 \pm 4,97$  , etkili faktörler ise tansiyonu kontrol altında tutmak için diyet yapma, ruhsal bir hastalığın olması ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumudur.

Sürekli öfke puanı ile öz-bakım gücü puanı arasında negatif bir ilişki olduğu; sürekli öfke düzeyi arttıkça öz-bakım gücünün azaldığı, öfke içte ve öfke dışı puanları ile öz-bakım gücü puanı arasında da negatif bir ilişki olduğu; öfke içte ve öfke dışı puanları arttıkça öz-bakım gücünün azaldığı, öfke kontrol puanı ile öz-bakım puanı arasında ise pozitif bir ilişki olduğu; öfke kontrol puanı arttıkça öz-bakım gücünün de arttığı bulunmuştur.

## **ABSTRACT**

### **The Relationship Between Anger and Self-care Agency In The Patients with Hypertension**

In this research, the relationship between anger and anger expression style with self-care agency in the individuals who have been diagnosed as Hypertension had been investigated. It had been planned and realized as descriptive and sectional.

The population of the research was composed of patients with Hypertension who had applied to Buca Village Clinic 2. The sample was composed of the patients who have been diagnosed as Hypertension at least six month ago and who had applied to Buca Village Clinic 2 between July - August 2005.

Data had been collected via three forms after the permission had been got: Self-care Agency Scale, Trait Anger and Anger Expression Scale and Individual Identity Form developed by the researcher. The data had been evaluated by percentage, mean, standard deviation, variance, t-test and Correlation Analyse.

According to the research results; the average age of patients was  $57,06 \pm 9,73$  ; %74,4 of the patients were women; %75,7 of the patients were married; %48,9 of the patients were graduated from primary school. The self-care agency point mean was  $103,87 \pm 19,31$  and effective factors were gender, age group, the level of education, using medicine orderly, exercises, diet for controlling tension, effect to the life of hypertension, smoking, assessment of mental and physical health.

Trait anger point mean was  $21,13 \pm 6,61$  and effective factors were the level of education, assessment of socioeconomic status, exercises for controlling tension, effect to the life of hypertension, having a mental disorder, assessment of mental and physical health, having a important life event.

Anger include point mean was  $19,44 \pm 4,94$  and effective factors were gender, life place, the level of education, working status, assessment of socioeconomic status, exercises for controlling tension, effect to the life of

hypertension, using alcohol, assessment of mental and physical health, having a important life event.

Anger exclude point mean was  $13,10 \pm 4,49$  and effective factors were gender, individuals who lives together with, working status, diet for controlling tension, smoking, having a mental disorder, assessment of mental and physical health.

Anger control point mean was  $23,40 \pm 4,97$  and effective factors were diet for controlling tension, having a mental disorder, assessment of mental health.

There is a negative correlation between trait anger and self-care agency; when trait anger point increase, the self-care agency point decrease. There are also negative correlations between anger include, anger exclude and self-care agency; when anger include and anger exclude point means increase, the self-care agency point means decrease. There is a positive correlation between anger control and self-care agency; when anger control point means increase, the self-care agency point means also increase.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Adaylar M. (1992). Hipertansiyonun sigara ve şişmanlıkla ilişkisi. Hemşirelik Bülteni, 6(25-26): 29-30
2. Akduman S., Bolışık B., Sönmez S. (2004). Sağlıklı ergenlerin öz bakım güçlerinin incelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(1): 17-21
3. Ardahan M.(2002). Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların özbakım gücünün incelenmesi. E.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 18(1-3):43-55
4. Arsakay G. (2001). Hipertansiyon: Ruhsal Etkenler, Öfke ve Kontrolü, Problem Çözme Yaklaşımları. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara
5. Aydemir A. (2001). Toplumumuzda Hipertansiyon Prevalansı ve Esansiyel Hipertansiyonda Lipid Peroksidasyonu, Total Antioksidan Kapasite. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
6. Bakoğlu E., Yetkin A. (2000). Hipertansiyonlu Hastaların Öz bakım Gücünün Değerlendirilmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):41-49
7. Balkaya F. (2001a). Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi ve Bazı Semptom Gruplarındaki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
8. ----- (2001b).Öfke: Temel boyutları, nedenleri ve sonuçları. Türk Psikoloji Yazıları, 4(7): 21-45
9. Balkaya F., Şahin N.H. ( 2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(3): 192-202
10. Bayram M. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Umutsuzluk ve Umutsuzluğun Öz Bakım Gücüne Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
11. Bilge A., Ünal G. (2003). Investigation of Anger and Anxiety Developed By Individuals Having Familial Cancer Susceptibility in

- the Prevention of Cancer. I. Regional Meeting Of The Asian Pasific Organization For Cancer Prevention, Izmir
12. Birol L. ( 1997). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Planlı Yaklaşım. 3. Baskı. Temmuz Matbaa ve Yayıncılık, Ankara. (70-72)
  13. Bozkurt O.D., Pelik A., Saydam B.K., Öztürk H., Soğukpınar N.(2005). Riskli Gebelerde Öz-bakım Gücünün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir
  14. Bulut H., Kapucu S., Baybuğa M.S. (2003). Acil polikliniğe başvuran yaşlı bireylerin acile başvuru nedenlerinin incelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi, 55: 15-20
  15. Coşkun G.İ. (2002). Mastektomi Ameliyatı Olmuş Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir
  16. Durmuş D., Öztürk H., Kurşun M. (2000). Hemşirelerin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(2-3): 21-29
  17. Düzöz G.T.(2005). Hipertansiyonlu Hastalarda Öz-bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu. Mart – Nisan 2005:22-26
  18. Emsal T. (2000).Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
  19. Engin E., Çam O.(2005). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeyleri ile İş Motivasyonları Arasındaki İlişki. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir
  20. Engin E., Gürkan A., Dülgerler Ş., Baysan L.(2005). Üniversite Öğrencilerinin İntihar Düşünce Eğilimlerinin Öfke Duyguları ile İlişkinin İncelenmesi. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir
  21. Engin E., Gültekin K., Coşkunol H., Horozoğlu N.(2005). Alkol ve Madde Bağımlılarında Öfke Duygusu ve Kişilerarası İlişki Tarzlarının

Değerlendirilmesi. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir

- 22.Erci B., Okanlı A. (2004). The relationship between suicide attempt and self-care agency. International Journal of Human Sciences, ISSN: 1303-5134 www.insanbilimleri.com.Erişim tarihi:10-11-2004
- 23.Erkek N., Özgür G., Gümüş A.B.(2005). Yüksek Tansiyon Tanısı Alan Bireylerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir
- 24.Everson S.A., Kaplan G.A., Goldberg D.E., Solonen J.T. (2000). Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. Hypertension, 35:561
- 25.Fındık Ü.Y. (2001). Ampütasyon uygulanan hastalarda eğitimin hastalığı değerlendirme ve öz-bakım gücü kazanma yetisine etkisi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 4(4-5): 48-56
- 26.Friedman R., Schwartz J.E., Schnall P.L., Landsbergis P.A., Pieper C., et all. (2001). Psychological variables in Hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. Psychosomatic Medicine, (63)1: 19-31
- 27.Gençtan E. (2004). İnsan Olmak. 3.Baskı. İstanbul, Metis Yayınları. (55-73)
- 28.Ghosh S.N., Sharma S. ( 1998). Trait anxiety and anger expression in patients with essential hypertension. JIAAP, 24(1-2): 9-14
- 29.Giray A. (1998). Tıp A Davranış Örüntüsü ve Koroner Kalp Hastalıkları Üzerine Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon
- 30.Güleç H., Sayar K., Topbaş M., Karkucak M., Ak İ. ( 2004). Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(3): 191-198
- 31.Harmon-Jones E., Sigelman J. (2001). State anger and prefrontal brain activity: Evidence that insult-related relative left-prefrontal activation is associated with experience anger and aggression. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5): 797-803

32. Horsburgh M.E. (1999). Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *International Journal of Nursing Studies*, 36(6): 443-453
33. Kara B., Akbayrak N. (2001). Tip II Diabetes Mellitus hastalarının öz-bakım gücü ile metabolik kontrol düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 4(2-3): 15-20
34. Karabulut N., Kılıç D., Köse S. (2004). Hipertansiyonlu bireylerde öfke ve anksiyete düzeyleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ISSN:1303-5134 [www.insanbilimleri.com](http://www.insanbilimleri.com). Erişim tarihi:10-11-2004
35. Karaca S., Şahin A.O.(2005). Görme Engelli Ergenlerde Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir
36. Karapehlivan H.S. (2003). Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir
37. Kassinove H., Sukhodolsky D.G. (1995). Anger Disorder: Basic Science and Practice Issue. Kassinove H. (Ed). Anger Disorder: definition, diagnosis and treatment. First Edition. USA, Braun-Brumfield Inc. 1-7
38. Kassinove H., Tafrate R.C. (2003). Anger Management: the complete treatment guidebook for practitioners. 3.Edition. Atascadero.Impact Publishers. 12-20
39. Kuruçay Ş.S., Özgür G., Engin E.(2005). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeylerinin İncelenmesi. 3.Uluslararası – 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı.İzmir
40. Lerner H. (2004). Öfke Dansı. Çev:Gül S. 5.Baskı.İstanbul.Varlık Yayınları.5-7
41. Lerner J.S., Keltner D. (2001). Fear, Anger and Risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1): 146-159
42. Lukkarinen H., Hentinen M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, Vol.34, Issue 4: 295-304

- 43.Nahcivan N.O. (2004). A Turkish Language Equivalence of the Exercise of Self-care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, Vol.26, No.7: 813-824
- 44.Önder R., Akıllı A. (1998).Hipertansiyon.1.Baskı.İzmir, Ladin Matbaacılık.2-9,19
- 45.Öner N. (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3.Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 374-378, 441-442
- 46.Öngider N. (1997). Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- 47.Özcan N. (2001). Hipertansiyon. 2.Baskı. Ankara, Özkan Matbaacılık.1-7,16-17, 71
- 48.Özer A.K. (1994a). Öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapısıyla ilgili bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 12-25
- 49.----- (1994b). Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 26-34
- 50.Özer M. (2001). Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- 51.Özgür G.(1991). Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde Emeklilik, Sağlık ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- 52.Raikkören K., Matthews K.A., Kuller L.H. (2001). Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*, 38: 798
- 53.Sapmaz F. (2000). Hipertansiyonu Olan Bireylerin Otonomi Düzeyleri ile Kan Basıncını Kontrol Altına Alma Davranışları ve Klinik Sonuçları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 54.Savaşır I., Şahin N.H. (1997). Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara. 71-78

55. Soykan Ç.(2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2): 19-27
56. Soysal A. (2002). Konak İlçesinde Genç Yaş Populasyonunda Hipertansiyon Sıklığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
57. Süzek H., Çakmak O. (2004). Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin öz-bakım güçlerine etkisinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303-5134 [www.insanbilimleri.com](http://www.insanbilimleri.com). Erişim tarihi: 18-10-2004
58. Topkaya Ş.Ö. (2003). Tip 2 Diabetes Mellitus'lü Hastalarda Öfkenin Metabolik ve Psikolojik Değişkenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., İzmir
59. Yalçın B.M. (2002). Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etiyolojik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne
60. Yura H., Walsh M.B. (1988). *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*. Fifth Edition. USA, Appleton-Lange. 50-52

**EK – 1**  
**BİREY TANITIM FORMU**

Bu araştırma hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve öfke tarzı ile öz bakım gücü ilişkisini incelemek amacıyla, Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'nda, Esansiyel Hipertansiyon hastalarıyla görüşme yöntemiyle, araştırmacı Ayşegül SAVAŞAN tarafından, 01 Temmuz - 01 Ağustos 2005 tarihleri arasında yapılmak üzere planlanmıştır.

Tarih: Kolon Kod

Denek No:

1. Bitirdiğiniz yaş .....
2. Cinsiyetiniz nedir?  
Kadın ( ) 1 Erkek ( ) 2
3. Medeni durumunuz nedir?  
Resmi nikahlı ( ) 1 Bekar ( ) 2 Eşi ölmüş ( ) 3 Boşanmış ( ) 4  
Ayrı yaşıyor ( ) 5 Birlikte yaşıyor ( ) 6 İmam nikahlı ( ) 7
4. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?  
Büyükşehir ( ) 1 İl ( ) 2 İlçe – kasaba ( ) 3 Köy ( ) 4
5. Eğitim durumunuz nedir?  
Okur-yazar değil ( ) 1 Okur-yazar ( ) 2 İlkokul mezunu ( ) 3  
İlköğretim mezunu ( ) 4 Lise Mezunu ( ) 5 Fakülte / Yüksekokul ( ) 6  
Yüksek Lisans / Doktora ( ) 7
6. Gelir getirmek amacıyla bir işte çalışıyor musunuz?  
Evet ( ) 1 Hayır ( ) 2 → soru 8 'e geçiniz
7. Çalıştığınız işteki durumunuz?  
Düzenli ücretli (maaşlı) ( ) 1 İşveren ( ) 2 Ücretsiz aile işçisi ( ) 3  
Yevmiyeli (mevsimlik, geçici) ( ) 4 Kendi hesabına ( ) 5  
Diğer ( ) 6 → (Açıklayınız).....
8. Çalışmıyorsanız durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
Öğrenci ( ) 1 İşsiz / iş arıyor ( ) 2 Ev kadını ( ) 3  
Emekli ( ) 4 Mevsimlik çalışan ( ) 5 Çalışamaz halde ( ) 6  
İrad sahibi ( ) 7 Diğer ( ) 8 → (Açıklayınız).....
9. Sağlık güvenceniz var mı?  
Var ( ) 1 → (Açıklayınız) ..... Yok ( ) 2
10. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?  
Anne-Baba ( ) 1 Eş-çocuklar ( ) 2 Yalnız ( ) 3 Diğer ( ) 4 .....
11. Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?  
Çok düşük ( ) 1 Düşük ( ) 2 Orta ( ) 3 Yüksek ( ) 4 Çok yüksek ( ) 5

12. Sigara kullanıyor musunuz?  
Evet ( ) 1 .....paket / hafta Hayır ( ) 2
13. Alkol kullanıyor musunuz.? Kullanıyorsanız ne sıklıkta kullanıyorsunuz belirtiniz.  
Evet ( ) 1..... Hayır ( ) 2
14. Ne kadar zamandır hipertansiyon hastasıınız? “ .....yıl.....ay “
15. Ailenizde hipertansiyon tanısı konmuş başka birisi var mı?  
Evet ( ) 1 → Açıklayınız..... Hayır ( ) 2
16. Tansiyonunuzu kontrol altında tutmak için ne yapıyorsunuz?  
İlaçlarımı düzenli kullanıyorum ( ) 1  
Egzersiz yapıyorum ( ) 2  
Diyet yapıyorum ( ) 3  
Bitki çayları, ot karışımları, sarımsaklı yiyecekler hazırlıyorum ( ) 4  
Diğer ( ) 5 →  
Açıklayınız.....
17. Hipertansiyon yaşamınızı ne kadar etkiledi?  
Hiç etkilemedi ( ) 1 Etkilemedi ( ) 2 Şöyle böyle etkiledi ( ) 3  
Etkiledi ( ) 4 Çok etkiledi ( ) 5
18. İlaç almayı gerektiren başka bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?  
Evet ( ) 1 → (Açıklayınız) ..... Hayır ( ) 2
19. İlaç almayı gerektiren ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?  
Evet ( ) 1 → (Açıklayınız) ..... Hayır ( ) 2
20. Genel olarak fizik sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?  
Çok kötü ( ) 1 Kötü ( ) 2 Şöyle böyle ( ) 3 İyi ( ) 4 Çok iyi ( ) 5
21. Genel olarak ruh sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?  
Çok kötü ( ) 1 Kötü ( ) 2 Şöyle böyle ( ) 3 İyi ( ) 4 Çok iyi ( ) 5
22. Son iki yıl içinde yaşamınızı etkileyen önemli bir olay yaşadınız mı?  
Evet ( ) 1 → Açıklayınız..... Hayır ( ) 2
23. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
Kitap ( ) 1 Spor ( ) 2 T.V. ( ) 3  
Müzik ( ) 4 Alışveriş ( ) 5 Diğer ( ) 6 → Açıklayınız .....

## EK – II SÜREKLİ ÖFKE - ÖFKE TARZ ÖLÇEĞİ (SÖÖTÖ)

### I. BÖLÜM

**AÇIKLAMA:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine ( x ) işareti koyun. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1) Çabuk parlarım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2) Kızgın mizaçlıyım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3) Öfkesi burnunda bir insanım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4) Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5) Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6) Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7) Öfkelenildiğimde ağızıma geleni söylerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8) Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9) Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10) Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### II. BÖLÜM

**AÇIKLAMA:** Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine ( x ) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
11) Öfkemi kontrol ederim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12) Kızgınlığımı gösteririm.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

13) Öfkemi içime atarım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14) Başkalarına karşı sabırlıyım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15) Somurtur yada surat asarım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
16) İnsanlardan uzak dururum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
17) Başkalarına iğneli sözler söylerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18) Soğukkanlılığımı korurum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19) Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20) İçin için köpürürüm ama gösteremem.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...				
21) Davranışlarımı kontrol ederim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
22) Başkalarıyla tartışırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
23) İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
24) Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
25) Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...				
26) Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
27) Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
28) Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
29) Kötü şeyler söylerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
30) Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...				
31) İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
32) Sinirlerime hakim olamam.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
33) Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
34) Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### EK – III ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi yada kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme ( x ) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1) Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2) Kendimi beğeniyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3) Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye sahip değilim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4) Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5) Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6) Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7) Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8) Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9) Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10) Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11) Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12) Dengeli beslenirim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13) Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14) Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15) Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16) Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakkettiğime inanıyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
17) Kararlarımı sonuna kadar uyguladım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18) Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19) Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguladım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20) Kendimle dostum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
21) Kendime iyi bakarım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
22) Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
23) Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
24) Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
25) Yaşam bir zevktir.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
26) Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
27) Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
28) Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
29) Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
30) Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
31) Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
32) Kendime bakmak için bilgileneceğim çalışırım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
33) Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
34) Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
35) Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## EK - 4

Yahoo! Mail - aysegulsavasan@yahoo.com

Sayfa 1 / 1

**YAHOO!** MAIL

Print - Close Window

**From:** "Nursen Nahcivan" <nursen@istanbul.edu.tr>  
**To:** "aysegul savasan" <aysegulsavasan@yahoo.com>  
**Subject:** Ynt: öz bakım gücü ölçeği hakkında  
**Date:** Fri, 14 Jan 2005 22:54:03 +0200

Sayın Savasan,

elbette kullanabilirsiniz. Kaynak ve danışmak istediğiniz herhangi birsey olursa rahatlıkla arayabilirsiniz. Ters puanlanan maddelere dikkat edin hangi maddeler olduğunu bilin. Kendi örnek grubunuzda da iç tutarlık bakmanızı ve Kuramı okumanızı(özellikle kuramsal çerçevenizi oluştururken öz-bakım gücünü neden kullanmak istiyorsunuz?) öneririm.

Başarı ve iyi bayramlar dileklerle.

Nursen Nahcivan

----- Original Message -----

**From:** aysegul savasan  
**To:** nursen@istanbul.edu.tr  
**Sent:** Tuesday, January 18, 2005 3:49 PM  
**Subject:** öz bakım gücü ölçeği hakkında

sn. Nursen Nahcivan,

"Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve öz bakım gücü ilişkisi" konulu araştırmamda izniniz

olursa öz bakım gücü ölçeğini kullanmak istiyorum.

tesekkürler.

Aysegul Savasan

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
 Psikiyatri Hemşireliği  
 Yüksek Lisans Öğrencisi

Do you Yahoo!?

All your favorites on one personal page - Try My Yahoo!

\*\*\* Bu mail Antivirus taramasından geçmiştir (İSTANBUL UNIVERSİTESİ)  
 \*\*\* This e-mail was scanned by Antivirus. (İSTANBUL UNIVERSITY)

EK - 5

Yahoo! Mail - aysegulsavasan@yahoo.com

Sayfa 1 / 1

**YAHOO! MAIL**

Print - Close Window

**Subject:** RE: surekli ofke- ofke tarz olcegi hakkında  
**Date:** Wed, 19 Jan 2005 09:56:41 +0200  
**From:** "Kadir Ozer" <kozer@dogus.edu.tr>  
**To:** "aysegul savasan" <aysegulsavasan@yahoo.com>

Sayın Ayşegül Savaşan;  
Ölçeği memnuniyetle kullanabilirsiniz. Sizden ricam, sonuçlarınızın bir özetini bana gönderirseniz çok sevinirim. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Doç.Dr.Kadir Özer  
Psikoloji Bölüm Başkanı

---

**From:** aysegul savasan [mailto:aysegulsavasan@yahoo.com]  
**Sent:** Tuesday, January 18, 2005 4:06 PM  
**To:** Kadir Ozer  
**Subject:** surekli ofke- ofke tarz olcegi hakkında

Sayın Kadir Ozer,

"Hipertansiyonu olan hastalarda ofke ve oz bakım gucu iliskisi" konulu araştırmamda

izniniz olursa Surekli Ofke- Ofke Tarz Olcegini kullanmak istiyorum.

Tesekkurler.

Aysegul Savasan  
E.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Psikiyatri Hemsireliği A.D.  
Yüksek Lisans Öğrencisi

---

Do you Yahoo!?

Yahoo! Mail - 250MB free storage. [Do more.](#) [Manage less.](#)

EK - 6

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Şube : Sağlık Ocakları  
Sayı : B104İSM43500004/ 970  
Konu : Ayşegül SAVAŞAN

041496 24.06.2005

Ege Üniversitesi  
Sağlık-Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'ne

İlgi : 07.06.2005-gün ve 1229 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ayşegül SAVAŞAN'ın "Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi" konulu tez çalışmasını ,bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra yapması Şube Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr.Serdar GÜNSEREN  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

## ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Bergama'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir'de tamamladı.

1997 yılında İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun oldu. Yüksek öğrenimini Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda tamamladı.

2002 yılında Zonguldak İli, Devrek İlçesi, Özbağı Sağlık Ocağı'na bağlı Derebulaca Sağlık Evi'nde göreve başladı.

Aralık 2003 – Kasım 2005 tarihleri arasında Buca 2 Nolu Sağlık Ocağı'nda çalışan araştırmacı, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 112 Komuta Kontrol Merkezinde görev yapmaktadır.