



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ OLAN HASTALARIN  
DENETİM ODAĞI  
VE  
STRESLE BAŞETME BECERİLERİ**

**MÜCELLA İSMAİLOĞLU  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN  
Yrd.Doç.Dr.MAKBULE BATMAZ**

**İSTANBUL-2010**



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ OLAN HASTALARIN  
DENETİM ODAĞI  
VE  
STRESLE BAŞETME BECERİLERİ**

**MÜCELLA İSMAİLOĞLU  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN  
Yrd.Doç.Dr.MAKBULE BATMAZ**

**İSTANBUL-2010**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

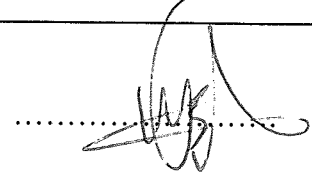
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Mücella İSMAİLOĞLU tarafından hazırlanan “*Hipertansiyon Tanısı Almış Olan Hastaların Denetim Odağı ve Stresle Başetme Becerileri*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :21.10.2010

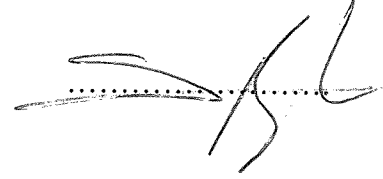
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

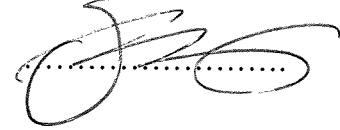
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ  
:Haliç Üniversitesi / HYO.  
(Danışmanı)



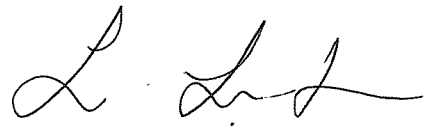
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU  
: İstanbul Üni./ Florence Nigh. HYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Özlem İŞİL  
: Haliç Üniversitesi / Sağ. Bil. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

  
Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## 1. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren tez danışmanım ve sayın hocam **Yrd. Doç. Makbule BATMAZ**'a ve uzmanlığım için gerekli bilgi birikimimde bana yardımcı olan sevgili hocalarım **Prof.Dr. Necmiye SABUNCU**, **Prof.Dr. Sevim BUZLU**, **Prof.Dr. Sevim SAVAŞER**, **Prof.Dr. Mert SAVRUN**, **Prof.Dr. Aytolan YILDIRIM**, **Yrd. Doç.Dr. Özlem IŞIL**, **Yrd. Doç.Dr. Leman ŞENTURAN**'a,

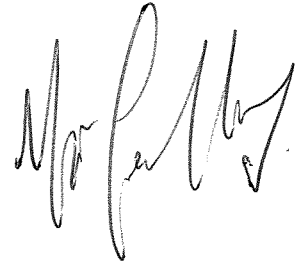
Araştırmamı gerçekleştirdiğim **İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Hastanesi**'ne ve araştırma sırasında bilimsel çalışma anketlerime sabır ve tahammülle cevap veren **tüm katılımcılara**,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini, desteklerini ve dualarını esirgemeyen, beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan sevgili annem **Sülbiye İsmailoğlu** ve sevgili babam **Kemal İsmailoğlu**'na,

Ablam **Mukaddes İsmailoğlu** ve kardeşim **İlayda İsmailoğlu**'na, **Necmi İsmailoğlu Ailesi**'ne ve arkadaşım **Ahmet Özcan**'a manevi hiçbir destek ve yardımı esirgemedi yanımdaydıkları için,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mücella İSMAİLOĞLU



## II. İÇİNDEKİLER

	SAYFA
<b>I.TEŞEKKÜR</b> .....	I
<b>II.İÇİNDEKİLER</b> .....	II
<b>III.KISALTMALAR</b> .....	V
<b>IV.TABLoların LİSTESİ</b> .....	VI
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. SUMMARY</b> .....	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	3
3.1. Giriş .....	3
3.2. Araştırmanın Amacı .....	4
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
4.1. HİPERTANSİYON'UN TARİHİ VE TANIMI .....	6
4.1.1. Hipertansiyonun Sınıflandırılması .....	9
4.1.1.1. Sekonder Hipertansiyon .....	9
4.1.1.2. Esansiyel (Primer) Hipertansiyon .....	10
4.2. DENETİM ODAĞI .....	12
4.3. STRES KAVRAMI VE STRESLE BAŞ ETME.....	15
4.3.1. Stresin Biyolojik Temeli .....	19
4.3.2. Stres Sırasında Organizmada Meydana Gelen Değişiklikler.....	20
4.3.3. Stresin Belirtileri .....	22
4.3.4. Günlük Yaşamda Karşılaşılan Stresler .....	24
4.3.5. Stresle Baş Etme Mekanizmaları .....	24
4.4. HİPERTANSİYON VE STRES ARASINDAKİ İLİŞKİ .....	26
4.5. DENETİM ODAĞI VE STRESLE BAŞ ETME ARASINDAKİ İLİŞKİ .....	27

4.6. HİPERTANSİYON, STRESLE BAŞETME VE DENETİM ODAĞI FARKLILIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI .....	28
4.6.1. Hipertansiyon'da Hemşirelik Bakımı .....	28
4.6.2. Stresle Baş Etmende Hemşirelik Bakımı.....	30
4.6.3. Denetim Odağı Farklılıklarında Hemşirelik Bakımı .....	34
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>36</b>
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ .....	36
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....	36
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ .....	36
5.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ .....	36
5.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ .....	37
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	37
5.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	37
5.6.2. Rotter Denetim Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) .....	37
5.6.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) .....	39
5.6.4. RİDKOÖ ve RÖGÖ' nün Güvenirlilik Analizi .....	40
5.7. VERİLERİN TOPLANMASI .....	42
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	42
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	43
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	43
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>44</b>
6.1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik ve Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Bulgular .....	45
6.2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	50
6.3. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	56
6.4. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki İlişki .....	66

<b>7. TARTIŞMA</b> .....	67
7.1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo_Demografik Özelliklerinin Tartışılması .....	67
7.2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması .....	68
7.3. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Denetim Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülüklerine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması .....	70
7.4. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığının İlişkin Özellikleri İle Denetim Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülüklerine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması .....	72
7.5. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	74
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	77
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	79
<b>10. EKLER</b> .....	86
Ek I: Tanıtıcı Bilgi Formu .....	87
Ek II: Rotter Denetim Odağı Ölçeği ( RİDKOÖ ) .....	89
Ek III: Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) .....	92
Ek IV: İ.Ü.K.E Kurumundan alınan izin .....	95
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	96

### **III. KISALTMALAR**

**İ.Ü.K.E.** : İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü

**RÖGÖ** : Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği

**RİDKOÖ** : Rotter Denetim Odağı Ölçeği



## IV. TABLOLARIN LİSTESİ

<b>Tablo Listesi</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların RİDKOÖ Ve RÖGÖ'nin Geçerlilik Ve Güvenirlilikleri.....	40
<b>Tablo 1.1.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odakları Grupları Bulguları .....	41
<b>Tablo 1.2.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Grupları Bulguları .....	41
<b>Tablo 2.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları .....	45
<b>Tablo 3.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Yaş Ortalaması.....	46
<b>Tablo 4.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları.....	47
<b>Tablo 5.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığına Yakalanma Sürelerinin Ortalaması .....	49
<b>Tablo 6.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Cinsiyetleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 7.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Yaşları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 8.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Medeni Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 9.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Eğitim Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	53
<b>Tablo 10.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Meslekleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 11.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Gelir Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	55

<b>Tablo 12.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hastaya Hipertansiyon Hastası Olduğunun Hekim Tarafından Söylenmesi Durumunu İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 13.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Tanısı Süreleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	57
<b>Tablo 14.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Tedavi Olma Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 15.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Tedavi Olanların Tedavi Olma Süreleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 16.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Kullanımı Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	60
<b>Tablo 17.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Kullananların Düzenli İlaç Kullanma Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 18.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastası Olma Nedenleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 19.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyonu Kötü Algılama Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	63
<b>Tablo 20.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Konusunda Eğitim Alma Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	64
<b>Tablo 21.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hakkında Bilgi Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	65
<b>Tablo 22.</b> Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki Korelasyon .....	66

## 1. ÖZET

### **Hipertansiyon Tanısı Almış Olan Hastaların Denetim Odağı ve Stresle Başetme Becerileri**

Bu araştırma, hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları ve stresle başetme becerilerinin incelenmesi amacıyla karşılaştırılmalı tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırma 19 Ekim – 31 Aralık 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nden gerekli izin alınarak yapıldı. Araştırmanın örneklem grubunu çalışma kriterlerine uyan 86 birey oluşturdu. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Rotter Denetim Odağı Ölçeği” ve “Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Ortalama, Standart sapma, One way Anova testi, Post Hoc Tukey testi, Pearson Korelasyon testi, Student t testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi. Rotter Denetim Odağı Ölçeği Cronbach’s alpha katsayısı ,608 ve Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Cronbach’s alpha katsayısı ,709 olarak bulundu. Araştırmada kullanılan RİDKOÖ ve RÖGÖ ölçekleri arasındaki korelasyon negatif yönde ( $r: -0,035$ ) fakat anlamsız bulundu ( $p > 0,05$ ). Araştırma verilerinin analizi sonucunda hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı puanları ile öğrenilmiş güçlülük puanları arasındaki fark sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğine anlamsız bulundu. Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının hastalıklarına ilişkin verilerinde ilaçlarını düzenli kullanan hipertansiyon hastaları iç denetim odaklı ve öğrenilmiş güçlülükleri yüksek bulundu. Verilere göre iç denetim odaklı olan hipertansiyon hastaları hastalığının nedenini stresli bir hayatının olmasına bağladıklarını ve hastalıkları hakkında eğitim aldıklarını belirttiler. Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını söyleyen iç denetim odaklı bireylerin öğrenilmiş güçlülükleri yüksek bulundu.

**Anahtar Kelime ;** Hipertansiyon, denetim odağı, stresle baş etme, hemşirelik bakımı

## 2. SUMMARY

### **Locus of Control and Skills of Coping with Stress of the Patients Diagnosed with Hypertension**

This research was conducted as comparative descriptive for the purpose of examining the locus of control and skills of coping with stress of the patients diagnosed with hypertension. The research was performed between October 19, 2009 and December 31, 2009 after obtaining the necessary permission from Istanbul University's Institute of Cardiology. The sample group of the research comprised of 86 persons in conformity with the study criteria. Data was collected by employing "Introductory Information Form", "Rotter's Locus of Control Scale" and "Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale". In the analysis of the data, Mean, Standard deviation, One way Anova test, Tukey's Post Hoc test, Pearson's Correlation test, and Student t test were used. Results were assessed at a confidence interval of 95% and a significance level of  $p < 0,05$ . The Cronbach's alpha coefficient was found out to be ,608 for Rotter's Locus of Control Scale and ,709 for Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale. The correlation between Rotter's Internal-External Locus of Control Scale and Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale was found out to be negative ( $r: -0,035$ ) but insignificant ( $p > 0,05$ ). As a result of the research data analysis, the difference between the locus of control points and the learned resourcefulness points of the patients diagnosed with hypertension was found out to be insignificant when examined according to their socio-demographic characteristics. In the data on their disease of the hypertension patients included in the research, the hypertension patients who were on medication regularly were found out to be internal locus-of-control and to have a high level of learned resourcefulness. The internal locus-of-control hypertension patients attributed their disease to having a stressful life and indicated that they had received training in their disease. The level of learned resourcefulness of the internal locus-of-control individuals, who expressed that they had adequate information on their disease, was found out to be high.

**Keyword;** Hypertension, locus of control, coping with stress, nursing care

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

#### 3.1. Giriş

Kronik hastalıklar dünya çapında başlıca ölüm nedeni haline gelmiştir. Bunlar arasında sık görülen kardiyovasküler hastalıklar, hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar sonucu meydana gelen ölümlerin üçte ikisi, tüm ölümlerin ise üçte biri koroner kalp hastalıkları sonucu meydana gelmektedir (Bakar, 2006).

Kardiyovasküler hastalıklardan biri olan Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının yükselmesiyle karakterize kronik bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (1999) tarafından erişkinler için sistolik kan basıncının 140 mmHg, diastolik kan basıncının 90 mmHg veya daha yüksek bulunması, hipertansiyon olarak tanımlanmıştır (Erkek ve ark., 2006).

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. 2000 yılı itibariyle dünyada erişkin nüfusun %26,4'sının hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında % 29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür. Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insanın hipertansiyonu vardır ve 25 yıl sonra bu rakam 1,5 milyarı aşacaktır. Hipertansiyonu olan bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde hipertansiyonun bu denli sık olması ve giderek artması, epidemiyolojik geçiş sürecine bağlanmaktadır (Altun et al., 2005)

Hipertansiyon sık görülen bir hastalık olmasının yansırı yol açtığı komplikasyonların ciddiyeti nedeniyle de morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır (Hacıoğlu, 1999).

Hipertansiyon kişiden kişiye farklılık gösterdiğinden, bazı kişilerin kan basıncı, iç ve dış uyaranlar karşısında diğerlerinden daha yüksek olabilir. Literatürde yaşın, cinsiyetin, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketmenin, yüksek kalorili beslenmenin, düşük aktivite düzeyinin, yorgunluğun, kişiliğin, stres gibi emosyonel faktörlerin yüksek tansiyon için risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Erkek ve ark., 2006).

Walston ve arkadaşları (1976) içten denetimlilerin hipertansiyon gibi olası sağlık sorunlarına dikkatleri çektiğinde, hastalık hakkında bilgi toplamaya diğer kişilerden daha eğilimli olduklarını gördüler. Bu durumda içten denetimlilerin sağlıkla ilgi yayın ve öğütlere karşı daha duyarlı olmaları, sağlıkla ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları, sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için daha fazla çaba harcamaları beklenir (Aktaran: Dönmez,1987).

Hipertansiyon tedavisinde ise kilo verme, düzenli egzersiz, alkol alınımını azaltmak, tuz alınımını kesmek ve stres düzeyini azaltmak ilk sıralarda gelmektedir (Tayyareci, 2006).

Beşer (1995) tarafından yapılan bir çalışmada, hipertansiyon hastalarının uykusuzluk, acelecilik ve yalnızlık problemlerini daha sık yaşadığı bildirilmiştir. Özmen (2002) ise sosyal stres ve çatışmaların yanı sıra yetersiz sosyal destek sisteminin hipertansiyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bir araştırmada 1972-2000 yılları arasında yayımlanmış olan ve psikolojik stres ve hipertansiyon gelişimi arasındaki bağlantıyı değerlendiren 15 çalışma gözden geçirilmiştir. Bu çalışmaların incelenmesi sonucunda hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stres düzeyi yüksek olan kişilerde diğerlerine göre sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, öfke, anksiyete ve depresyon ile hipertansiyon riski arasındaki ilişkinin obezite ve fiziksel aktivite gibi hipertansiyonun diğer daha iyi tanımlanmış kestirimcileri ile kıyaslanabilir düzeyde olduğu da ileri sürülmüştür. Deneysel stres faktörlerinin (zihinden hesap yapmak ya da hastalık ve ölümlerle ilgili tartışmalar gibi) önceden ventriküler aritmileri olan hastalarda ventriküler erken atımların sayısını arttırdığı ve ventriküler fibrilasyon eşiğini düşürdüğü de gösterilmiştir (Aktaran: Yazıcı ve Yazıcı, 2003).

Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin yaptığı araştırmalara göre ise stres (%28), tansiyonu tetikleyen en önemli sebeplerin başında gelmektedir (Zaman, 12 Mayıs 2009).

### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları ve stresle baş etme becerilerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

## **Araştırmanın Soruları;**

- Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odaklarını etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nelerdir?
- Hipertansiyon tanılı hastaların stresle baş etme becerilerini etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nelerdir?
- Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları ve stresle baş etme becerileri arasında herhangi bir ilişki var mıdır?
- Hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hastası olma nedenini stresli bir hayatlarının olmasına bağlayanların denetim odağı ve stresle baş etme durumları nasıldır?
- Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları, hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi alma durumlarını etkiler mi?

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. HİPERTANSİYON'UN TARİHİ VE TANIMI

Kan basıncı ilk kez 1711 yılında Stephen Hales tarafından ölçülmüştür. Ancak, kan basıncı ölçümünde modern çağın başlaması Riva-Rocci tarafından ilk tansiyon aletinin bulunduğu 1846 yılını bulmaktadır. Kan basıncı ölçümü daha sonra hızla temel klinik uygulamaya alınmıştır, fakat morbidite ve mortalite öngördürücü olmak bakımından kan basıncı ölçümlerinin değeri sürekli bir çelişki ve tartışma konusu olmuştur. Ancak, 1920'lerde, yaşam sigortası için çalışan hekimler hipertansiyonun kardiyovasküler hastalık için önemli bir risk faktörü olduğunu şüpheye yer bırakmayacak kesinlikte gösteren yeterli düzeyde veri toplamışlardır (Wilkinson et al., 2003).

Kan basıncı, kanın damar duvarına yaptığı basınçtır. Kan basıncının kalp atım volümü veya periferik direnç oluşturur. Kalp atım volümü veya periferik direnç arttığında kan basıncı artar. Arteriyel kan basıncının normal sınırlarının üstüne çıkmasına hipertansiyon denir. Hipertansiyon inme, koroner kalp hastalığı gibi majör komplikasyon artışını beraberinde getirir. Sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üzerinde bulunması hipertansiyon olarak tanımlanır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2007).

Birleşik Ulusal Komite ( Joint National Committee, JNC VI) raporunda 18 yaş ve üstündeki erişkinlerin kan basınçları optimal, normal, yüksek-normal ve hipertansiyon olarak dört dereceye ayrılmıştır. Buna göre optimal kan basıncı 120/80 mmHg ve normal kan basıncı da 135/85 mmHg değerinden düşüktür. Kan basıncı düzeyi 130–139 / 85–89 mmHg olduğunda yüksek-normal, bunun üzerindeki değerler de hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (Joint National Committee; JNC VI, 1997).

Hipertansiyon dünya çapında erişkinlerin yaklaşık %20'sini etkileyen, sık rastlanan bir hastalıktır. Kan basıncı yaşla birlikte artış gösterir ve bu nedenle hipertansiyon prevalansı orta yaşlı popülasyondaki %25 oranından 75 yaş üzerindekielerde %50 civarına yükselir. Koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık,



kronik böbrek yetersizliği ve konjestif kalp yetersizliği için majör fakat değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu için hipertansiyon hem doğru biçimde saptanması hem de yeterince kontrol edilmesi yaşamsal önem taşımaktadır (Wilkinson et al, 2003).

Hipertansiyon, hem görülme sıklığı hem de neden olduğu komplikasyonlar bakımından erişkin sağlık sorunları arasında en önde gelen sorunlardan birisidir. Bununla birlikte hipertansiyon, ne hekimler ve ne de hastalar ve toplum tarafından yeterince önemsenmeyen bir sağlık sorunudur. Bunda, hastalığın toplumda yaygın olarak görülüyor olması ve tanı ve tedavisinin de oldukça kolay olmasının rolü vardır. Bu yüzden hipertansiyonlu hastaların önemli bir bölümü hastalığının farkında olmadan hipertansiyonla birlikte yaşarlar (Bilir, 1992).

Bir hastalığın toplumsal önemi, toplumda görülme sıklığı, neden olduğu iş göremezlik düzeyi ve sebep olduğu ölümlerle ilgilidir. Hipertansiyon böbrek hastalıkları ve kalp yetmezliği, inme ve miyokard enfarktüsü riskini artırmakta, renal ve kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız temel bir risk faktörü oluşturmaktadır. Hipertansiyon ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Bu oranlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında benzerdir. Ancak, hipertansiyon kontrol oranlarının dünyanın birçok ülkesinde, toplumun geneline temsil eden örnek topluluklarda ve çeşitli sağlık hizmeti koşullarında tedavi alan hastalarda yetersiz olduğu bildirilmektedir. Kan basıncı kontrolünün, gerek dünyada gerekse ülkemizde %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi tedaviye uyumsuzluktur. Uyumla ilgili potansiyel ve gerçek problemler değerlendirilip, bakım tüm düzeyler açısından sağlanmalıdır. Bu yüzden sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri (hekimler, hemşireler, diyet uzmanları, eczacılar gibi), hastanın daha olumlu bir yaşam tarzı izlemesine, hedef kan basıncının sağlanmasına ve hastaların bakımlarına katılım oranlarını artırmaya yönelik hastalara tam ve doğru bilgi verme sorumluluğu taşınmalı ve ortak bir çalışma sürdürmelidirler (Hacıhasanoğlu, 2009a).

Kardiyovasküler hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Kardiyovasküler bozukluklardan dünya genelindeki en sık ölüm sebeplerinden birincisi koroner kalp hastalığı ve ikincisi inmedir. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, sigara içme, fiziksel inaktivite ve ileri yaş koroner kalp hastalığı için iyi bilinen standart risk faktörleridir (Orth-Gomer, 2007).

Kardiyovasküler hastalıklar psikososyal durum ve psikiyatrik patoloji ile iki yönlü bir ilişkiye sahiptir. Buna ek olarak, aynı belirtiler birincil olarak psikiyatrik ya da birincil olarak kardiyolojik durumların habercisi olabilir. Bu nedenle psikolojik durum ile kardiyak patofizyoloji arasındaki ilişkinin farkında olmak gereklidir. Stres miyokarda doğrudan etki ile miyofibriler dejenerasyon yaratabilir. Psikolojik stres koroner arter hastalığı olanlarda miyokard iskemisi ortaya çıkarabilir. Norepinefrin ve epinefrinin miyokard ve çevresel damar direnci üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, psikososyal etkenlerin kan basıncında geçici ve kalıcı artışlarla bağıntılı olması şaşırtıcı değildir. Hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stresi yüksek olan kişilerde sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Koroner arter hastalığının ilk tanımlamalarından beri, bu hastalığın patojenezinde psikososyal etkenlerin önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür (Çelik ve Özdemir, 2010).

Koroner arter hastalığı olan hastalarda, sıradan günlük yaşamın psikolojik stresi miyokard iskemisinin en yaygın ortaya çıkarıcı etkenidir. Ambulatuvar elektrokardiyografi (EKG) ile yapılan çalışmalar, anjının fiziksel streslerden çok psikolojik stresler karşısında ortaya çıkma eğiliminde olduğunu göstermiştir. Bazı hipertansif hastalar psikolojik streslere normotansif kişilere göre daha uzun süreli bir vazokonstriktif yanıt verirler. Hipertansif ana-babaların normotansif çocuklarındaki benzer yanıtlar stres yanıtındaki yatkınlığın kalıtsal geçişini düşündürmektedir. Ailede hipertansiyon öyküsü olan normotansif kişilerin tepkiselliğinin ailede hipertansiyon öyküsü olmayan normotansiflere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Psikososyal mekanizmalar yavaş yavaş koroner arter hastalığı ile ilgili bağımsız risk faktörleri olarak ortaya çıkmaya başlamıştır. Patofizyolojik mekanizmaların bir kısmı sağlıklı yaşam biçimi ve ilaç tedavisine uyumsuzluk ile açıklanmaktadır, ana patofizyolojik mekanizma ise sempatik uyarımın artması, vagal kontrolün azalması ya da her ikisi olarak düşünülmektedir (Yazıcı ve Yazıcı, 2003).

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. 2000 yılda dünya erişkin nüfusunun %26,4'ünün hipertansif olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı ön görülmüştür. Hipertansif bireylerin çoğu ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Yurdakul ve Aytekin, 2010)

Hipertansiyon, kardiyovasküler, periferik vasküler ve renal hastalıklar için risk faktörüdür. Sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lık, diyastolik kan basıncındaki her 10 mmHg'lık yükselme kalp damar hastalığı riskini 2 kat arttırmaktadır. Sistolik ve diyastolik hipertansiyonun kontrol altına alınması ile ölümcül olan ve olmayan inme riskinde %40'lar, akut koroner olay riskinde ise %15'ler düzeyinde azalma sağlanmaktadır. Yaşla birlikte kan basıncında progresif bir artış olmakla beraber erişkin yaşlarda sistolik kan basıncındaki artış diyastolik kan basıncına göre daha belirgin olmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar yüksek sistolik kan basıncının diyastolik kan basıncına göre kardiyovasküler hastalıklar için daha önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Framingham Kalp Çalışması'nda özellikle sistolik kan basıncının önemi vurgulanmaktadır. Kan basıncı yüksekliği kardiyovasküler olayları her iki cinsiyette benzer şekilde arttırmaktaysa da, antihipertansif tedaviden kadınların erkekler kadar yararlanıp yararlanmadığı konusunda tartışmalar olmuştur. Genel olarak, bulgularını kadın-erkek alt grubuna göre veren çalışmalarda tedaviden yararlanma oranında anlamlı bir fark görülmektedir. Turnbull ve arkadaşları 31 randomize çalışmada 103268 erkek ve 87349 kadın hastaya ait verileri incelemişler, bütün anti hipertansiflerin her iki cinsiyette aynı derecede etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulgular Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin 2009 yılında yeniden gözden geçirdikleri tedavi kılavuzunda da yer almıştır (Ural, 2010).

Hipertansiyon tedavi çalışmalarında kadın oranı genellikle erkeklere yakındır. Çalışmaların çoğuna kadın ve erkeklerdeki sonuçlar birbirine benzemekle birlikte, bazı farklılıklar mevcuttur. Örneğin diyet tedavisinin etkisini inceleyen çalışmalarda tuz kısıtlamasının kan basıncını kadınlarda erkeklerden daha fazla düşürdüğü gözlenmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2010).

#### **4.1.1. Hipertansiyonunun Sınıflandırılması**

##### **4.1.1.1. Sekonder Hipertansiyon**

Sekonder hipertansiyon altta yatan, saptanabilir ve bazen tedavi edilebilir bir nedenden kaynaklanan kan basıncı artışıdır. Sekonder hipertansiyon genellikle, hipertansiyon olgularının %5-10'unu oluşturur, fakat pek çoğunun tedavi edilebilme potansiyeli olduğu için saptanmaları önemlidir. Sekonder hipertansiyona neden olan

hastalıklar arasında böbrek hatalığı, primer aldosteronizm, gebelik toksemisi, feokromositoma, cushing sendromu ve habis hipertansiyon gelir.

#### 4.1.1.2. Esansiyel (Primer) Hipertansiyon

Hipertansiyon vakaların yaklaşık %90 nedeni bilinmediğinden “esansiyel” hipertansiyon olarak bilinir. Hipertansiyonun bu en yaygın şekli, bilinen nedenlere bağlı değildir. Esansiyel hipertansiyon bazı risk faktörleri ile ilgidir. Bu faktörler hipertansiyonu daha yaygın ve/ya da daha şiddetli yapmaktadır. Bu faktörlerin başlıcaları aşağıda sıralanmıştır.

**a) Tuz ve Potasyum Tüketimi:** Diyetle tuz alımının kan basıncı yüksekliğinin gelişme ve sürmesine anlamlı katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Tuz alımı ve kan basıncının yakından ilişkili olduğunu düşündüren pek çok kanıtın yanında, diyetle tuz alımı değiştirmenin kan basıncı düzeylerini etkilediğine ilişkin de pek çok kanıt vardır.

Hipertansif hastalarda tuz alımını kısıtlamanın etkilerini araştıran ilk çalışmalar kısa dönemli idi ve kan basıncının değişen sodyum alımı veya diyetle ilgili kısıtlamaları takiben zaman içindeki motivasyon azalması için tam olarak uyarlanmasına olanak tanımamıştır. Ne var ki, diğer uzun zamanlı çalışmalarda istikrarlı biçimde hipertansif hastalarda diyetle sodyum alımı azaltılmasının sistolik kan basıncında anlamlı, diyastolik kan basıncında anlamlı olmayan 13-60 ayda 2.8-5.5 mmHg’lık düşüşler sağladığı gösterilmiştir.

**b) Beden Ağırlığı:** Beden ağırlığının hipertansiyon tedavi ve etiyojisi üzerindeki etkileri yaklaşık 40 yıldan beri bilinmektedir ve obezite ve hipertansiyon arasındaki güçlü pozitif bir bağlantı vardır. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde, esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaklaşık %60’nın beden ağırlığı normalin %20 üzerinde, %20’sinin ise beden ağırlığı normalin %15 üzerindedir.

**c) Alkol:** Alkol tüketimi ve kan basıncı arasındaki ilişki olduğuna dair pek çok tarihsel kanıt varır. Günde 3 litreden fazla içen Fransız askerlerinde günde 1 litreden az içenlere göre hipertansiyon prevalansının dört kat fazla olduğu bulunmuştur. Fakat alkol tüketiminin hipertansiyona neden olan biyolojik mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir. Bunun yerine genetik yaklaşım, yüksek kalp debili hiperdinamik

dolaşım, sempatik sinir aktivasyonu ve merkezi düzenleme neden olabilecek etkenler olarak üşünülmektedir.

**d) Aile Öyküsü:** Hipertansif anne-babaların sayısı da hipertansiyon gelişme riski bireysel riskini etkiler. Belli bir kişi için anne-babasından birisi hipertansif olduğunda hipertansiyon gelişme olasılık oranı 2.38 iken, hem annesi hem babası hipertansif ise oran 6.49'a çıkmaktadır. Yine bu risk bilinen diğer risk faktörlerinden bağımsızdır. Bu nedenle, aile öyküsünün alınması hipertansiyon tedavisinde önemli bir basamaktır. Çünkü pozitif aile öyküleri olan kişilerde daha yoğun tedavi uygulanabilir ve bu guruplarda hipertansiyonu önlemek ve kontrol etmek için özellikle yaşam tarzı ile ilgili önemlere odaklanabilir.

Ailede hipertansiyon öyküsü olan normotansif kişilerin tepkiselliğinin ailede hipertansiyon öyküsü olmayan normotansiflere göre daha fazla olduğu saptanmıştır

**e) Sters:** Stres ve hipertansiyon ilişkili olduğu uzun süredir düşünülmektedir. Kan basıncının strese yanıtı, başlıca stres yanıtının uzunluğu ve yapısı ile ilişkilidir.

Akut emosyonel stresin, başlıca kalp debisindeki artışa bağlı olarak kan basıncı artışına yol açabileceği fakat total periferik direnci etkilemediği bilinmektedir. Ancak, kan akımında bölgesel farklılıklar vardır ve kaslara, kalbe ve beyne giden kan akımı artar ve splanknik ve renal damarlara kan akımı azalır.

Stresin neden olduğu hipertansiyonda hormonal neden lehine kanıtlar bulunmasına karşın, stresin neden olduğu hipertansiyon gelişmesinde birincil bir sinir sistemi etkisi de öne sürülmüştür.

Akut stres yanıtının hipertansif yanıtın önemli bir aracısı olduğu gösterilmiştir, fakat klinik çevrede daha önemli olan soru daha uzun süreli ve yineleyen stresin kalıcı hipertansiyona yol açıp açmayacağıdır. İnsanlarda yapılan birkaç retrospektif epidemiyolojik çalışmada uzun süreli kronik stres uyarısının kan basıncında genelde kalıcı olan sürekli artışa neden olduğu gösterilmiştir. Bu retrospektif çalışmalar, 20 yıl içinde gerçekleşmiştir ve diyetle alınan tuz gibi faktörleri içermediği için kontrolsüzdür. Stresin neden olduğu hipertansiyon için olası mekanizmalardan birisi olarak, tuz tüketimi öne sürülmüştür ve bu durum kronik stresin neden olduğu hipertansiyonu

bulunan deneysel hayvan modellerinden kanıtlanmıştır. Bu deneylerde uzun süreli dış kaynaklı psikolojik stresin sürekli hipertansiyona neden olduğu fakat aynı zamanda tuz tüketiminde de artış olduğu gözlenmiştir. Ancak, bir diğer çalışmada ise kronik stresin neden olduğu sürekli kan basıncı artışının tuz tüketiminden bağımsız olduğu gösterilmiştir (Lip, 2006).

## 4.2. DENETİM ODAĞI

Dönmez'in (1983) belirttiğine göre Rotter (1954) insanlarda, iyi yada kötü, olumlu ya da olumsuz, kendilerine olanların kendilerince ya da kendi dışlarındaki güçlerce belirlendiği yolundaki iki genel eğilimden birinin ağırlık kazandığı görülmektedir. Eğer kişinin yaşadığı yada yaşaması olası olumlu olayları ödüller, olumsuzları da cezalar olarak nitelersek; bu eğilimlerden biri, ödül ve cezaların kişinin dışındaki başka güçlerce yönetildiği, denetlendiği ya da uygulandığı, ödüllere ulaşım cezalardan kaçınma konusunda kişisel çabaların etkili olmadığı doğrultusunda genel bir beklenti; öteki ise ödül ve cezaların, büyük ölçüde, kendi eseri olduğu, bunların ortaya çıkışında daha çok kendi davranışlarının etken olacağı doğrultusunda diğer bir genel beklentidir. Kısaca insanlar, kendilerine olanların sorumluluğunu ya kendilerine ya da kader, talih, kısmet, şans gibi kendileri dışındaki güçlere yüklemek eğilimindedir. Diğer bir deyişle, ödül ve cezaları denetleyen güçler, kişinin içinde ya da dışında odaklanmış olarak algılanabilir.

Rotter (1966) bu güçlerin, kişinin içinde ya da dışında, yoğunlaştığı noktaya denetim odağı adını vermektedir. Kendilerini etkileyen olayların, daha çok, kendi denetimlerinde olduğu inancı taşıyan kişilerden içten denetimliler, kendilerine olanların, daha çok kendileri dışındaki güçlerin denetiminde olduğu inancını taşıyanlardan da dıştan denetimliler olarak söz eder (Aktaran: Dönmez, 1983).

Denetim (kontrol) algısı ödül ve cezaların kişi tarafından mı yoksa bireyin dışında bir takım etkenlerce mi denetlendiğine ilişkin genel bir beklenti olarak tanımlar.

Rotter tarafından 1966'da yeni bir kişilik boyutu olarak ortaya atıldıktan sonra, denetim odağının değişik pek çok psikolojik değişkenle ilişkisi araştırılmıştır. Bu değişkenler arasında okul başarısı, öz saygı, sigarayı bırakma, alkoliklik, boşanmalar, toplumsal etkiye direnme, üniversite öğrencileri arasında politik etkinlikler, yaş,

cinsiyet, toplumsal sınıf, sosyo-ekonomik düzey ve benzeri sayılabilir (Aktaran: Dönmez, 1985).

Araştırma sonuçları, her zaman tutarlı olmamakla birlikte, genel olarak, içten denetimlilerin sorunlarını daha kolay kabul etiklerini, bunların çözümünde daha etkili ve seçtikleri çözüm yollarında daha ısrarlı olduklarını göstermektedir. Ayrıca, içten denetimliler, dıştan denetimlilere oranla, sorunlarının çözümünde çevresel uyaran ve ipuçlarını daha kolay algılayıp değerlendirebilmektedirler (Dönmez, 1983).

Denetim odağı ile ilgili araştırmalar dört ana grupta toplanabilir. Bunlar;

**a) Uyma ve toplumsal etkiye karşı direnme;** İlk denetim odağı ölçeği geliştikten sonra, denetim odağı algısı ile birçok davranış arasındaki ilişkiler araştırılmaya başlandı. Denetim odağı ile ilişkisi kurulan ilk değişkenlerden biri uyma davranışı olmuştur. Toplumsal etki ile ilgili denetim odağı araştırmalarının çoğu dıştan denetimlilerin, içten denetimlilerden daha buyun eğici ya da itaatkâr oldukları, içten denetimlilerin ise, özellikle kullandıklarını düşündükleri durumlarda, başkalarından daha az etkilendikleri yönündeki beklentileri, genellikle, destekler görülmektedir. Öte yandan, içten denetimlilerin tepkileri, kendi davranışları için sorumluluk alma başarılarına bağlı bulunmaktadır.

**b) Araştırmacılık ya da bilgi toplama;** İçten denetimli kişiler, kendileri için olumsuz anlam bile taşısa, dıştan denetimlilerden daha fazla bilgi edinmektedir. İki grup arasında gözlenen böyle bir farklılık, dıştan denetimli deneklerin daha yeterli kişilere (örneğin doktorlara) bağımlılığı daha kolay kabul etmeleri nedeniyle, bilgiye daha az gereksinim duymalarından, içten denetimlilerin ise kendi başlarına davranabileceklerine olan inançları nedeniyle, bilgiye daha fazla gereksinim duymalarından kaynaklandığı varsayılmaktadır. Özet olarak, içten denetime inanan denekler yaptıkları işin gereklerine ilişkin olarak kendi yetenek ve yorumlarına, dıştan denetime inananlardan daha fazla güvenir görünmektedir.

**c) Neden arama;** Denetim odağı algısı nedensellik belirlemeleri ve sorumluluk yükleme ile ilgili görünmektedir. İçten denetimliler yaptıkları işin beceriye dayalı yönlerini vurgulayarak, başarılarını kendi davranışlarına bağlamaktadır. Dıştan denetimliler ise, şans ya da koşulları davranışın sonucunun, özellikle de, başarısızlığın

nedeni olarak algılamaktadır. İçten denetimliler çalışmalarındaki dikkat dağıtıcı uyarıları suçlamaya, dıştan denetimlilerden daha az, kazaların nedenlerini bireysel sorumlulukta aramaya ise daha çok eğilim görülmektedir.

**d) Siyasal ve toplumsal etkinliklere katılma;** Genel olarak, içten denetimlilerin kendi yaşamlarına ilişkin sorumluluk yüklenmeye, rahatsız edici ve kötü koşulları değiştirme çabalarına daha hazır oldukları söylenebilir. Dönmez'in (1986) belirttiğine göre Gore ve Rotter (1963) , genelde daha etkili olmalarının bir göstergesi olarak, içten denetimlilerin siyasal ve toplumsal etkinliklere daha çok katılacaklarını belirttiler.

**Sağlıkla ilgili davranışlar;** Dıştan denetimlilerle karşılaştırıldıklarında içten denetimlilerin;

-Davis ve Davis (1972), Phares ve Klyver (1971)'e göre kendi davranışları için sorumluluk yüklenmeye daha eğilimli olduklarını,

-Phares ve Wilson (1972), Sosis (1974), Schiavio (1973)'e göre başkalarına davranışları için daha fazla sorumluluk yüklendiklerini,

-Du Cette ve Wolk (1973), Lefcourt ve arkadaşları (1973)'na göre edimlerinde daha uyanık ve dikkatli olduklarını,

-Davis ve Phares (1967), Pines ve Julian (1972)'a göre sorunları çözmeye çalışırken, bilgi toplama ve işlemde, daha etkili olduklarını,

-Levenson ve Miller (1976), Pawlicki ve Almquist (1973)'a göre olumsuz koşulları değiştirmek için çaba harcamaya daha eğilimli olduklarını belirtmektedirler.

Bu durumda içten denetimlilerin sağlıkla ilgili yayın ve öğütlere karşı daha duyarlı olmaları, sağlıkla ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları, sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için daha fazla çaba harcamaları, beklenir.

Dönmez'in (1986) belirttiğine göre Waltson ve arkadaşları (1976) içten denetimlilerin tansiyon yüksekliği gibi olası sağlık sorunlarına dikkatleri çekildiğinde, hastalık hakkında bilgi toplamaya diğer kişilerden daha eğilimli olduklarını gördüler. Williams (1972) çok sayıda lise öğrencisi üzerine yaptığı bir araştırma sonucunda içten



denetimli üniversite öğrencilerin, araba kullanırken kaza kemerini bağlamaya daha yatkın olduklarını belirtmektedir. Ayrıca aynı öğrencilerin, her hangi bir rahatsızlıkları olmasa bile, bakım ve korunma önlemleri için doktora gitmeye daha eğilimli olduklarından söz etmektedir.

Balch ve Ross (1975) koruyucu sağlık uygulamaları konusunda 34 kadın denekle yaptıkları bir çalışma sonucunda, içten denetimlilikle her zayıflama rejimini tamamlama ve başarılı uygulama arasında olumlu bir kolerasyon saptadılar. Bazıları dışında, denetim odağı ve koruyucu sağlık uygulamalarına ilişkin araştırmalar, genelde, içten denetimlilerin daha fazla sorumluluk yüklenecekleri yönündeki kuramsal denenceyi destekler görülmektedir. Dıştan denetimlilere oranla, içten denetimliler fiziksel sağlıklarını korumak, hastalık ve kazalara karşı önlem almakta daha etkili olmak eğilimindedirler (Aktaran: Dönmez, 1986).

### **4.3. STRES KAVRAMI VE STRESLE BAŞ ETME**

Stres, vücuda yüklenen herhangi bir özel olamayan isteme karşı, vücudun tepkisi olarak tanımlanmaktadır. Stres, olumlu ya da olumsuz duygular yaşamamıza neden olabilir. Modern toplumun hastalığı olarak ifade edilen stres, aslında günlük yaşamın bir parçasıdır. Günümüzde çoğu insan, farkına varmasa bile yoğun bir stres yüküne sahiptir.

İyi ya da kötü ne olursa olsun yaşamımızdaki zihinsel değişiklikler, stresli durumlardır. Günlük rutin yaşamımızda değişikliğe neden herhangi bir şey, stres vericidir. Vücut sağlığımızda meydana gelecek bir değişiklik de strese yol açar. Zihinsel değişiklikler de gerçek, somut değişiklikler kadar strese yol açarlar. Günlük hayatımızdaki şahit olduğumuz iddialar, yorumlar, anlaşmazlıklar ve çatışmalar da stres yaşamamıza neden olurlar (Güçlü, 2001).

Stres kelimesi ile “kişinin fizyolojik, biyo-kimyasal, psikolojik stres tepkileri” anlatılır. Stres kelimesinin ifade ettiği diğer anlam ise organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümüdür. Stres vericiler, fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi.), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ve ya sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) içerikli olabilir (Aydın, 2007).

Stres Latince'de "estricia" , eski Fransızca'da "estrece" kelimelerinden gelir. İsim olarak birinci anlamı "zorlanma, gerilme ve baskıdır". Kelime 17. yüzyılda "felaket, musibet, bela, dert, keder, elem" gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda kavrama yüklenen anlam değişmiş ve "güç, baskı, zor" gibi anlamlar da objelere ve insanlara yönelik kullanılmıştır. 19. ve 20. yüzyıllarda "stres" kelimesi sezgi yolu ile bedensel ve psikolojik hastalıkların sebebi olarak düşünülmüştür.

İnsan doğal ortama, bilincinin, bilgisinin dışında ya da içinde uyum sağlar. Bu karışık toplumsal ortama uyum sağlamak için, bilinçli ve bilgili olması gerekmektedir. Uyum sağlamak için çeşitli yollar, çözümler üretir. Gayretleri netice veremezse sosyal uyumu bozular. Bunun sonucunda kişide, bedensel, ruhsal belirtiler ve yakınmalar meydana gelir. Kişi sıkıntılı, kaygılı ve kızgın olur. 1842'de İngiliz hekim Thomas Curling, ağır bir yanık vakasında; 1867'de cerrah Albert Billreth, enfeksiyon sebebi ile yapılan önemli bir cerrahi müdahaleden sonra, strese ait belirtilerin ortaya çıktığını aktarmışlardır.

1878'de Claude Bernard, bütün hayati görevlerin, dış ortamın değişen şartları karşısında canlının iç vasatının belirli sınırlar içinde sabit tutulması amacına yönelik olduğunu söylüyordu. Araştırmacı stresi "organizmanın dengesini bozan uyaranlar" olarak tanımlamıştır. Alman fizyologu Pfluger'e göre stresin tanımı; "hayatın ihtiyaçlarını doyumak ve karşılamak için organizmanın zararlı etkenlerden kaçıp korunması" olarak yorumlamıştır. 1880 yılın da Belçika'da fizyolog Fredericq ise, "stres yaşayan organizmanın zararlı etkenlere karşı tepkisi, bunun sonucunda organizmanın ya hastalanacağını yada zararlı etkenlerden kurtulacağını" ileri sürmüştür.

Cannon, "fizyolojik denge'ye homeostazis" adını verdi. Hastalık durumunu da , "çeşitli iç ve dış sebeplerin etkisi ile bu dengenin bozulması" olarak tanımlanıyordu. Reilly'e göre, hastalık belirtileri vejetatif sinir sistemindeki azalma veya bozulma sonucu ortaya çıkar. Sempatik sistem, canlının tehdit altında olduğu durumlarda devreye girer. Kana bol miktarda adrenalın boşaltır ve böylelikle iç organlar da vazokonstriksiyon olur. Kalp atışı hızlanmış, solunum durmuş, gastrointestinal faaliyet durdurulmuş, pupillalar genişlemiştir. Cannon, parasempatik sistemi, "vücut kaynaklarının korunması ve onarımı amacına yönelik görevleri üstlenen organ" olarak, insan organizmasının dengesini korumak için gösterdiği çabaları ise; fizyolojik sınırları

aşmadıkça olağan savunma mekanizmaları olarak tanımlamıştır. Aynı dönemde Luis Pasteur laboratuvar çalışmaları yapıyor ve insan sağlığını tehdit eden unsurun “mikrop” olduğunu dile getiriyordu. Kendisi yatağa düştüğünde “insanı hasta eden mikrop değil dengesinin bozulmasıdır” demiştir. Sir William Osler 1910 yılında kalp hastalığına yakalananların “endişeli kimseler” olduklarını söylemiştir.

Hayatının son yıllarında Montreal Üniversitesi Deneysel Cerrahi Enstitüsü'nü yöneten Hans Selye, laboratuvar hayvanlarında sürdürdüğü deneylerde farklı ajanların nasıl aynı sonucu doğurduğunu laboratuvarında tetkik etmiştir. Selye 1925 yılında Prag Tıp Fakültesi'nde öğrenci iken, düşündüklerini deneye vuruyordu. Farelere çeşitli maddeleri zerk etmesi sonucunda aynı tipte organ değişikliği olmuştur. Bu değişiklikler adrenal kortekste genişleme ve aşırı faaliyet, timus bezlerinde ve lenf düğümlerinde daralma, mide ülserini ortaya çıkışıdır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Daha sonraki yıllarda Hans Selye hayvan deneylerine devam etmiştir. Soğuk, sıcak, travma gibi uyarılarla aynı tip organ değişiklikleri olduğunu görmüştür. İlk kez 1936'da bütün çalışmalarının sonunda, çeşitli ajanlarla ortaya çıkan aynı belirtileri tanımlamıştır. Bugün için bu “aynı tipte belirtiler uyarana bağlı olmayan stres belirtileri” olarak tarif edilmiştir (Tarhan, 1989).

Selye, stresi, bireyi etkileyen çevresel uyarıcı olarak görmüştür. 1950 yılında yaptığı bir çalışmadan sonra stres terimini, organizmanın içindeki çevreye karşı aldığı bir durum olarak tanımlamıştır. Bu yaklaşımın sonunda Selye, stres ve stresör kavramlarını ön plana çıkarmış, bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarıcıyı stresör, bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiye de stres demiştir. Sonuç olarak Selye, stresi "bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak tanımlamıştır (Erdoğan, 1999).

1950 yılın da Hans Selye “adaptasyon sendromu” kavramını şöyle tarif ediyordu: Ajanlar organizmadaki hedef organa iki tür etki eder.

- a) **Spesifik Etkiler:** Ajanın tabiatına bağlı. Örneğin TBC basili TBC yapar.
- b) **Non-spesifik Etkiler:** Buna “genel adaptasyon sendromu” adını veriyordu.

Lazarus, 1960 yılından itibaren stresi “insan ile içinde yaşadığı ortam arasındaki karşılıklı ilişkinin organizmada yarattığı tepki” olarak; 1974 yılında Hause “insanın alışıla gelen davranış kalıplarının yetersiz kaldığı hallerde ortaya çıkan tepki” olarak; 1976 yılında Mandler ise “zararlı etkenlerin yarattığı tehlike ve bunun ortaya çıkışında organizmanın rolü” olarak tanımlar. 1984 yılında Hann ise stresi “insanın içinde yaşadığı ortamı kötü olarak değerlendirmesi sonucu içine düştüğü durumun adı” olarak tarif etmiştir (Tarhan, 1989).

Cüceloğlu'na göre, stres, "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir" (Cüceloğlu, 1994).

Stres kelime olarak gerilim, gerginlik, bunalım, şiddeti zorlama gibi anlamları içermektedir. Kavramsal olarak stres ise, algılanan çevresel tehditlere bireyin fiziksel ve ruhsal bir tepki verme eylemi olarak ifade edilebilecektir. Daha genel bir ifadeyle stres bir etki tepki olayıdır. Bu bağlamda, bireyler ilk etapta stres yaratan durumlara ya karşılık verirler yada yok sayma yönünü seçerler veya donup kalabilirler (Tully, 2004).

Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Stres, durup dururken ya da kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Stresin oluşması için insanın içinde bulunduğu ya da hayatını sürdürdüğü ortam ve çevrede meydana gelen değişimlerin insanı etkilemesi gerekir. Ortamdaki değişimlerden her birey etkilenir ancak, bazı bireyler bu değişimlerden daha çok veya daha yavaş etkilenmektedirler. Stresi, insanın yaşadığı ortamda meydana gelen bir değişimin veya insanın ortamı değiştirmesinin onun üzerinde etkiler bırakması ile ilgilidir. Etki altında kalan insanın kişilik özelliklerinin, bu etkilerin tesiri altında kalma derecesini etkilemesidir. Stresin oluşması için ortamdan etkilenen bireyin vücudundaki özel biyokimyasal değişmelerin oluşmasıyla bireyin vücut sisteminin harekete geçmesi gereklidir (Pehlivan, 1995).

Stres ve uyarıcı arasında çok ince bir fark vardır. Çünkü uyarıcı da organizmada bir tepkiye yol açan herhangi bir şeydir. Stres ve uyarıcı arasında bir derece farklılığı mevcuttur. Herhangi bir uyarıcının stres oluşturucu olabilmesi için, belli bir duyu organına yönelik önceden programlanmış olan rahatlık eşliğini aşır, sistemin dengesini

bozması gerekir. Sistem, bu stres tepkisi sayesinde tekrar dengeye dönmek için bir uyum süreci başlatır. Gerilim, stres durumunun sistem üzerindeki etkisidir (Şahin, 1998).

#### **Günümüz de ise stres iki şekilde tanımlanmaktadır:**

a) Biyokimyacılar, fizyologlar ve araştırmacılar “ organizmaya zarar veren etkenler ” olarak tarif ederler.

b) Günümüzde geçerli olan anlamıyla ise, zarar veren etkenlere karşı organizmada ortaya çıkan olumsuz değişiklikler ve tepkiler.

Stres “endişe, gerginlik, çatışma, duygusal çöküntü, ağır dış şartlar, benlik tehdidi, engelleme, güvenliğin tehdidi, uyarılma” yerine kullanılır. Bir diğer sebep ise stres kavramının, psikolojik olayların fizyolojik belirleyicilerini gösterme imkanı vermiş ve bu bağlantıların kurulmasını kolaylaştırmış olmasıdır.

Stresle ilgili üçüncü adım, insanla ilgili her alan da “ alışılmamış etkenlerin ” araştırılmasıdır. Alışılmamış çevre şartları araştırmalarına önce askeri alanda başlanmıştır. Stres ve bireysel psikolojik özelliklerin etkileşiminde, kişilere bağlı önemli farklılıkların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Aynı olaylar kişiden kişiye son derece farklı tepkilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Stresi meydana getiren dış ve iç şartların kesişme noktasını tanımak ve değerlendirmek için bazı kavramlar ortaya atılmıştır. Bunları bir arada ifade eden kavramları şöyle sıralayabiliriz;

“Stres toleransı, ben kuvveti, engellenemeyen tolerans, kişisel zedelenebilirlik”.

Kişilerde tehdidin türüne bağlı olarak eşikler oluşur. Kişilerin psikolojik açıdan farklı stres vericilere karşı, farklı zedelenebilirlik düzeylerine sahip olduğunu unutmamak gerekir (Baltaş ve Baltaş, 1993; Tarhan, 1989).

#### **4.3.1. Stresin Biyolojik Temeli**

Başlıca sosyo-demografik faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, işteki çalışma süresi (yıl) yanında iş ile ilgili memnuniyet de yer almaktadır. Sosyo-demografik değişkenler stres açısından genel olarak aşağıdaki gibi değerlendirilmektedir (Işıkhan, 2004).

**a) Yaş faktörü:** Gençliğinde başarısız tecrübeler yaşamış bireyler, yaşları ilerledikçe bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini yetersiz görebileceklerdir. Diğer taraftan kişilik olarak duyarlı bireyler ileriki yaşlarda daha fazla strese girmektedirler. Ayrıca bilgi ve deneyimleri yetersiz genç bireyler de stres yaşayabilmektedirler.

**b) Cinsiyet:** Kadınların erkeklere göre daha duygusal olmaları, evli olan bayanların daha fazla sorumluluk üstlenmeleri, yönetim ve çalışanların kadınlara pozitif yaklaşmaması, işin zorluk derecesi, psikolojik şiddet kadınların erkeklere nazaran daha fazla strese girmelerine neden olabilmektedir.

**c) Medeni durum:** Evli kadınların daha fazla sorumluluk üstlenmesi, boşanma, eşin hastalanması, eşin ölümü strese neden olabilmektedir. Ayrıca pozitif bir evlilik süreci yaşayan bireyler için bekâr olan bireylere göre stres düzeyi daha düşük olabilmektedir.

**d) Eğitim düzeyi:** Üniversite mezunlarının, ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha fazla yıprandıkları, buna karşılık eğitim düzeyi, bilgi ve tecrübe yükseldikçe stresle baş edebilmenin daha kolaylaştığı görülmektedir.

**e) İşteki çalışma süresi (yıl):** İşe yeni başlamak örgütün değerlerini ve hiyerarşik yapıyı yeterince anlayamama nedeniyle stres yaratabilecektir. Diğer taraftan genç insanlar kendilerini ispat etme ve ilerlemek için daha fazla strese girebilmektedirler.

**f) İş ile ilgili memnuniyet:** İşten doyum alamama strese neden olabilmektedir (Özmutaf, 2006).

#### **4.3.2. Stres Sırasında Organizmada Meydana Gelen Değişiklikler**

Strese karşı fizyolojik savunma düzenleri kapsamında H.Selye'nin "kişiyi tehdit eden uyarana karşı tüm bedenin, nöroendokrinal nörovejetatif yanıtı" olarak nitelediği Genel Adaptasyon Sendromu (General Adaptation Syndrome, GAS) ile strese uyum mekanizması başlar (Sabuncu ve ark., 1996).

Bunlar alarm, direnme ve tükenme aşamalarıdır. Bu üç aşama aşağıda açıklanmıştır.

**1) Alarm:** Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden savaş ya da kaç tepkisi" gösterir. Savaş ya da kaç tepkisinin sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir (Güçlü, 2001).

Tehdit hisseden birey ilk olarak onu algılama ve tanımaya çalışır. Eğer tehdit baskısı devam ederse bireyin vücudunda fiziksel bir tepki (kan basıncı artışı, kalp çarpıntısı, göz bebeklerinde büyüme, kas gerginliği, mide asidi salgılamasında artış gibi) oluşur. Eğer birey stresin üstesinden gelirse ya da stres faktörü ortadan kalkarsa bireyde bir rahatlama ve uyku hali yaşanır.

**2) Direnme (Resistance):** Stres faktörü ortadan kalkmamışsa birey alarm aşamasından direnme aşamasına geçer. Bu aşamada birey tehdidin üstesinden gelmek için büyük çaba harcar. Alarm aşamasında ortaya konan fiziksel tepkiler daha da artar (Özmutaf, 2006).

Alarm aşamasını, "uyum ya da direnme aşaması" izler. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Bu aşamada kaybedilen enerji, yeniden kazanılmaya ve bedendeki tahribat giderilmeye çalışılır. Stresle başa çıkıldığında parasempatik sinir sistemi etkin olmaya başlar. Kalp atışı, tansiyon, solunum düzene girer, kas gerilimi azalır. Direnme aşamasında birey, strese karşı koymak için elinden gelen tüm gayreti ortaya koyar ve stresli bir insanın davranışlarını göstermektedir. Belirli bir süre bireyin davranışlarında ve yaşantısında bu durum gözlenebilir (Güçlü, 2001).

**3) Tükenme (Exhaustion ya da Burnout):** Direnme başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bireyde fiziksel ve ruhsal tükenmişlik gözlenir. Bireyde sürekli sağlık sorunları (geçimsizlik, yalnız kalma isteği, sürekli öfkeli, şüphecilik, cesaretsizlik, uykusuzluk, baş ve göğüs ağrıları gibi) ortaya çıkar.

Rowshan (2003), stresle karşılaşan bireyin tepkisellik sürecini pratik olarak HERO prensibiyle ortaya koymaktadır. Bu bağlamda HERO (kahraman) kelimesinin

her bir harfi stres süreciyle ilgili olan İngilizce bir kelimeye karşılık gelmektedir. HERO'nun açılımı aşağıda yer almaktadır.

- a. H (happening), stres oluşur,
- b. E (evaluation), birey stresi değerlendirir,
- c. R (response), birey strese karşı tepki verir (savaşır yada kaçar),
- d. O (outcome), birey bir sonuçla karşılaşır (Rowshan, 2003).

Örneğin, birisine onur kırıcı bir kelimeyle hitap edildiğinde, bireyde stres oluşur, birey düşünür (acaba neden böyle dedi?, hak ediyor muyum? gibi sorular sorarak), birey tepki verir (başı ağrır, sözle cevap verir gibi) ve sonuç (o kişiyi itici görme gibi) ortaya çıkabilir (Özmutaf, 2006).

Psiko-sosyal uyaranların ortak etkisi olarak, belirli şartlar altında, belirli kişilerde hastalığa sebep olabileceğinden, şüphelenenin ve organizmayı yüksek beyin faaliyeti aracılığıyla etkileyen, kaynağını psiko-sosyal ilişkilerden alan uyaran kastedilmektedir.

### 4.3.3. Stresin Belirtileri

Stresin kendine özgü bazı belirtileri vardır. Bu belirtiler; gerginlik hali, sürekli endişe duyma, aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı, uykusuzluk, işbirliğine girmede yaşanan zorluklar, yetersizlik duygusu, duygusal dengesizlik, sindirim sorunları, yüksek tansiyondur (Pehlivan, 1995).

Stres kısa süreli yaşansa bile, gerginlik, kalp atışlarındaki yükselme veya aşırı alkol ve sigara kullanımı gibi kısa sürede ortaya çıkan sonuçların kalıcı olmasına neden olabilir. Stres, koroner kalp rahatsızlığı için yüksek bir risk taşıyan aşırı yeme-içme ve sigara kullanımının artmasına da neden olur (Kahn et al., 1993).

Stresle ilgili belirtiler, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört grupta toplanabilir

**a) Fiziksel Belirtiler:** Baş ağrısı, düzensiz uyku, sırt ağrıları, çene kasılması veya diş gıcırdatma, kabızlık, ishal ve kolit, döküntü, kas ağrıları, hazımsızlık ve ülser,



yüksek tansiyon veya kalp krizi, aşırı terleme, iştahta değişiklik, yorgunluk veya enerji kaybı, kazalarda artış.

**b) Duygusal Belirtiler:** Kaygı veya endişe, depresyon veya çabuk ağlama, ruhsal durumun hızlı ve sürekli değişmesi, asabılık, gerginlik, özgüven azalması veya güvensizlik hissi, aşırı hassasiyet veya kolay kırılabilirlik, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık duygusal olarak tükendiğini hissetme.

**c) Zihinsel Belirtiler:** Konsantrasyon da ve karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı derecede hayal kurma, tek bir fikir veya düşünceyle meşgul olma, mizah anlayışı kaybı, düşük verimlilik, iş kalitesinde düşüş, hatalarda artış, muhakemede zayıflama.

**d) Sosyal Belirtiler:** İnsanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara gitmemek veya çok kısa zaman kala iptal etmek, insanlarda hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, bir çok kişiye birden küs olmak, konuşmamak (Güçlü, 2001).

Stres konusundaki çeşitli modeller, stres kavramının, çevresel olayların algılanması, değerlendirilmesi ve tepkide bulunma aşamalarında gündeme geldiğini ileri sürdüğünden, araştırmacılar, stresin fiziksel sağlık üzerindeki etkisini uzun süreli stres koşullarında daha güçlü biçimde gözlemlendiğini belirtmektedirler. Buna yol açan faktörün de başa çıkma mekanizmalarındaki yetersizlik olduğu kabul edilmektedir. Başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalması, bireyin, stres veren uyarıcılar üzerindeki kontrol gücünün azalması anlamına geldiğinden, fiziksel belirtiler daha kolay biçimde ortaya çıkabilmektedir. Nitekim yapılan bazı araştırmalar, uzun süreli stres ve kontrol algısındaki bozulmalar ile fiziksel belirtiler arasında yüksek ilişkiler bulunduğuna; stresin süresi ve kontrol algısındaki bozulmaların artışı ile belirtilen daha yoğunlaştığına dikkat çekmektedirler. Daha önce de değinildiği gibi stres ve fiziksel hastalıklar konusun da yapılan araştırmalar, kontrol edilemeyen uzun süreli stres durumlarının bağımsızlık sisteminde bozulmalara yol açarak hasta olmayı kolaylaştırdığına işaret etmektedir. Bu araştırmalar, uzun süreli stres durumlarının, kanser, kardio-vasküler bozukluklar gibi hastalıklar için risk faktörü olduğu yolunda bulgular ortaya koymaktadır. Bunlara ek olarak, bazı araştırma bulguları, kaygı düzeyinin, yaş, şişmanlık,

sigara ve alkol kullanımı gibi faktörlerden bağımsız olarak da hipertansiyonu tetikleyebildiğini göstermektedir (Hovardaoğlu, 1997).

Olağan durumlar dışında bu belirtiler sık görülmeye başlarsa, bireyler stres altında demektir. Stresi kontrol etmenin ilk adımı, stresin farkında olmaktır. Yapılması gereken, bireyin kendi fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal özelliklerini iyi analiz etmesi ve normal dışı durumlardaki bu belirtilerin farkına vararak stres yaratıcı duruma en iyi şekilde başa çıkabilmesidir (Brahman, 1998).

#### **4.3.4. Günlük Yaşamda Karşılaşılan Stresler**

Günlük yaşamdaki streslerin pek çoğu iyi iletişim kuramamaktan kaynaklanmaktadır. Yakın ve geniş çevremizdeki bireylerle iletişim kurarken açık anlaşılır ve samimi bir dil kullanmak, konuşmak kadar karşımızdakileri anlamaya ve dinlemeye de hevesli olmak ilk kuraldır. Olaylarla karşımızdakinin bakış açısından bakmak, kabul etmesek bile anlamaya çalışmak iletişim açısından çok önemlidir (Ardahan, 2003).

Olaylara karşı herkes stresi hisseder, ancak etkilenme düzeyi farklıdır. Ağır ve yorucu iş temposu, ilişkilerde yaşanan sorunlar, yalnızlık hissi, maddi kaygılar, çevresel faktörler, iş yerinde yaşanan gerginlikler stres kaynağıdır.

Günlük stresler, günlük hayatın basit gerilimleridir. Çeşitli durumlarda ve çeşitli olaylar karşısında veya kişilerin birbirleriyle çelişen amaçları, ihtiyaçlar sebebiyle ortaya çıkar. İhtiyaç karşılanmayınca, girişim engellenince stres artar (Aydın, 2007).

#### **4.3.5. Stresle Baş Etme Mekanizmaları**

“Öğrenilmiş güçlülük” kavramı, “öz kontrol” kavramı yerine kullanılmaya başlanan ve temelde bilişsel başa çıkma stratejilerinin kişideki değerini ifade eden bir terimdir. Duygusal ve fizyolojik tepkilerle başa çıkmada bilişlerin ve öz yönergelerin kullanımı; planlama ve problem çözme tekniklerinin uygulanması; hemen doyumun ertelenebilmesi ve içsel olayları kişinin kendisinin düzenleyebileceğine dair genel bir inancının olması öğrenilmiş güçlülüğün bileşenlerini oluşturmaktadır. Bireyde bunun yüksek olması, her türlü başa çıkma ve öz kontrol becerilerinin yaygın biçimde

bulunduğu anlamına gelmektedir. Böylece, bu özelliklere sahip bir birey, stresle başa çıkmada, bu donanımı sayesinde stresörlerden daha az etkilenebilmekte ve daha az psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Dağ, 1991a).

Organizmayı zorlayan, iç veya dış, akut veya kronik uyaranlar veya durumlar stres etkenleri olarak tanımlanır. Stresör bir durumla karşılaşıldığında kişinin verdiği yanıtları iki düzeyde ele alabiliriz; bunlardan birincisi strese özgül olmayan psikofizyolojik yanıtlar; memeliler, bedenlerini bir tehlike karşısında yoğun fiziksel aktivite için hazırlayan “kaç ya da dövüş” olarak adlandırılabilir bir dizi fizyolojik refleks geliştirmişlerdir. Epinefrin, norepinefrin ve kortikosteroid düzeylerindeki değişikliklere uyaran karşısında kalp atım hızı, kalp kasının kasılma kapasitesi, kan basıncı artar, arterlerin tonusunda değişiklik oluşur ve kanın iskelet kaslarına öncelikle gitmesini sağlar. Lipit ve trigliseridler kana salınarak artan hareketlilik için gereken enerji sağlanır. Norepinefrin ayrıca trombosit agregasyonunu artırır ve beden yaralanmalara karşı hazırlıklı hale gelir. Tüm bu yanıtlar ortaya çıktıkları ortamlar da yararlı yanıtlardır ancak uzamış stres bedende kalıcı değişikliklere yol açabileceğinden kişinin sağlığını tehdit edebilir. Stresle baş edebilmek, ruhsal ve bedensel sağlığımızı koruyabilmenin ön koşuludur.

Stresör durum karşısında verilen yanıtın diğer kısmı ise bireyin merkezi sinir sisteminin stresör olayı nasıl algılayıp başa çıktığıdır (hezeyanların ortaya çıkması yada bir roman yazmak gibi). Hepimiz emosyonel çatışma ve bunaltıdan kurtulmak için bilinç dışı ruhsal süreçlere başvururuz. Birey travmatik bir durum karşısında sosyal çevresinden destek arama, bilgi toplama, neler olabileceğini tahmin etme, ne yapacağını planlama ve uyum sağlamaya yönelik bilinç dışı mekanizmaları – ki bunlara savunma düzenekleri adı verilir – kullanmaya yönelir. Birey savunma mekanizmalarını kullanarak hem iç hem de dış gerçekliği algılar dürtülerini isteklerini bastırır ya da az aldılar, ani duygusal yüklenmelere maruz kalmışsa bu tahammülü güç duygulara dayanmayı başarır. Kişi savunmaları yetersiz kaldığında ise “stres altında olduğunu” hisseder (Bayram ve ark., 1999).

#### 4.4. HİPERTANSİYON VE STRES ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hipertansiyon, hem etiyolojisinde duygusal nedenlerin rol oynaması hem de seyri sırasında psikiyatrik belirtilerin ve bozuklukların ortaya çıkması nedeni ile ruh sağlığı çalışanları tarafından yıllardır araştırılmaktadır. Yapılan çalışmalarda; aşırı kontrollü ve uyumlu olma, işte sürekli çaba gösterme, agresif dürtüleri bastırma gibi özelliklerin hipertansiyona yatkınlığa neden olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyonun baskılanmış duygulara karşı bir tepki, bir uyum ve savunma mekanizması olduğu kabul edilmektedir. Hipertansiyona yatkın kişilerde, duygusal streslere cevap olarak sempatik sinir sisteminin etkilendiği, vasküler vasokonstriksiyon ve diğer otonomik cevapların sonucu olarak hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Hipertansiyona yatkın olan kişilerde, strese karşı otonomik yanıt özelliği kan basıncının yükselmesi şeklindedir (Çelik ve Özdemir, 2010).

Ruthledge ve Hogan (2002) esansiyel hipertansiyon gelişimi ve psikolojik stres arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 1972-2000 yılları arasında yayınlanmış 15 çalışmanın verilerini gözden geçirmişlerdir. Bu çalışmada hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stres düzeyi yüksek olan kişilerde diğerlerine göre sekiz kat daha fazla olduğu saptamıştır.

Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin yaptığı araştırmalara göre stres (%28), tansiyonu tetikleyen en önemli sebeplerin başında gelmektedir (Zaman, 12 Mayıs 2009).

Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz Projesi'nin istatistik analiz raporu incelendiğinde ise bireyler, "Tansiyonunuzu etkilediğini düşündüğünüz en önemli 1. faktör nedir?" sorusuna %27.7 oranla stres yanıtını vermiştir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2009).

Bu nedendir ki hipertansiyon hastalarının stresle baş edebilme becerileri kendi sağlıklarını korumak için önemli bir etkidir. İçten denetimli hipertansiyon hastalarında ise sağlıklarını korumak amaçlı daha çok duyarlı olmaları ve sağlıklarına özen göstermeleri beklenmelidir.

## 4.5. DENETİM ODAĞI VE STRESLE BAŞ ETME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yüksek öğrenilmiş güçlülüğün içsel kontrol inançla bağlantılı olabileceği yolundaki kuramsal görüşlerin yanı sıra, bu bağlantıyı açık olarak ortaya koyan araştırmacılar vardır. Dağ (1991a) üniversite öğrencileri ile yürüttüğü bir çalışmada, öğrenilmiş güçlülük puanları ile kontrol odağı inancı puanları arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olduğunu bildirmiştir. Baydoğan ve Dağ (2008) ve Hoffart and Martinsen (1990) yaptıkları çalışmalarda da aynı sonuca ulaşmışlardır.

Çoruh (2003) denetim odağı ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki incelenmiş; denetim odağı ile stresle başa çıkma stratejileri arasında bir ilişki saptamıştır. Dıştan denetimlilerin “dine sığınma” ve “dış yardım arama”, içten denetimlilerin ise “aktif planlama” ve “kabul bilişsel yeniden yapılanma” stratejisini daha çok kullandıkları ortaya çıkarmıştır.

Meijer ve arkadaşlarının (2002) belirttiğine göre iç kontrol odağına sahip olma var olan hastalığın kontrol altına tutulabileceğine olan inançla birlikte düşünülebilir. Evans (2000) ise kronik hastalıklarda dış kontrol odağı inançlarının depresif belirtileri etkileyebileceğini ve ümitsizlik duygusu ile stres yaşantısına neden olabileceğini ileri sürmüştür (Aktaran: Baydoğan ve Dağ, 2008).

Tüm bu verilerin ışığında denetim odağı ile stresle baş edebilme arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğunu belirtebiliriz. Yani iç kontrol odaklı bireyler, dış kontrol odaklı bireylere göre stresle baş edebilme kabiliyetleri daha yüksektir ve var olan hastalıklarıyla daha etkin baş edebilmektedirler.

## **4.6. HİPERTANSİYON, STRESLE BAŞETME VE DENETİM ODAĞI FARKLILIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI**

### **4.6.1. Hipertansiyonda Hemşirelik Bakımı**

Hipertansiyonun neden olduğu yüksek orandaki morbidite ve mortalite ve toplumdaki hipertansiyon sıklığı yönünden, ve de hem hasta ve hem de ülke açısından maddi ve manevi kayıplara yol açtığını göz önüne alarak hemşire hipertansiyon hastasını; hipertansiyon ve yol açacağı sorunlar konusunda bilgi sahibi olması, çeşitli risk faktörlerinin ve bunlardan korunma yöntemlerini öğrenmesi amaçlı eğitmelidir (Sağlıker, 1999).

Hipertansiyon ilk belirlendiğinde, hemşirenin sorumluluğu sık aralarla kan basıncını dikkatli ve doğru şekilde izleme ve tanı konduktan sonra rutin çizelge doğrultusunda değerlendirmeyi kapsar. Kan basıncının doğru ölçülmesi önemlidir. Antihipertansif tedavi düzeni başladığında tedavi düzeninin değişiminin gerekip gerekmediğini belirlemek amacıyla tedavinin etkinliği ve kan basıncındaki değişimler izlenmelidir. Hedef organ hasarını belirlemek için tam bir anamnez alınır. Anjinal ağrı, dispne, görmede değişiklik, baş ağrısı, baş dönmesi, burun kanaması gibi belirti ve bulgular değerlendirilir. Fiziksel muayene sırasında, hipertansiyonun kalp ve kan damarları üzerindeki etkisini belirlemek için apikal ve periferal nabızlar hız, ritim ve volüm açısından değerlendirilir. Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisiz ve en az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçları önerildiği gibi kullanması, önerilen yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini destekler ve gerekli eğitimi verir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2007).

Kalıtım, yaş, cinsiyet, sigara, şişmanlık, beslenme tarzı, şeker hastalığı, aşırı gergin yaşam, aşırı tuz alımı ve hareketsizlik hipertansiyon gelişimini kolaylaştıran etkenlerdir. Ancak sigaranın bırakılması, kilo verilmesi, düzenli egzersiz, şeker hastalığının tedavisi, aşırı alkol alımının sınıflandırılması, düşük kolesterol içeren

yiyeceklerin yenilmesi, hipertansiyon tedavisinde büyük önem taşımakta ve nonfarmakolojik tedavi ( ilaçsız tedavi ) olarak isimlendirilmektedir.

Hipertansiyon hastalarına eğitim ve danışmanlık hizmeti sunan hemşireler ve diğer sağlık personeli eğitim ve danışmanlık süresi boyunca rahat olmalı, sürecin etkinliğine inanmalı, eğitim ve danışmanlık için belirli zaman ayırmalıdır. Hemşire hasta ile görüşmelerinde hastanın yeni yaşam biçimine uyumunu, motivasyonunu ve ihtiyaçlarını belirlemelidir. Bunun için ilk adım olarak hemşire, hastalar yaşam biçimi değişiklikleri yapmaya hazır olmadıklarında hastaya bilgi verir, cesaretlendirir, çeşitli yardımlar sunar ve hastayı takip eder. İkinci olarak, hasta yaşam biçimi değişiklikleri yapmada motivasyonu sağlanmış fakat yapmaya hazır değil ise hastaya bilgi vermeye devam eder, hastayı cesaretlendirir, hastanın kendine yardım edebileceği konusunda onu daha fazla destekler, tekrar yardımlar sunar ve hasta takibine yönelik tartışma planları hazırlar. Üçüncü olarak, hasta motivasyonu sağlanmış ve yaşam biçimi değişiklikleri için hazır hale gelmiş ise hastanın yeni yaşam biçiminde karşılaşılabilecek engelleri ve onları aşması için gerekli olanakları değerlendirir ve başlama zamanını belirler. Hastayı cesaretlendirir ve izlemeye devam eder (Hacıhasanoğlu, 2009).

Hemşire hastaya zaman ayırıp hipertansiyon hakkında bilgilendirmesi tüm sağlık çalışanları için yararlı olacaktır. Eğitim esnasında hastaya;

-Hipertansiyon ciddi ama tedavi edilebilir bir hastalık olduğu,

-Hipertansiyon tedavi edilemezse kalp, beyin, böbrek ve gözde istenmeyen sonuçlar yol açabileceğini,

-Hipertansiyonun büyük olasılıkla ömür boyu hastaya eşlik edeceğini belirterek, tedavide amacın sadece hastayı o dönemde rahatsız eden ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı gibi yakınmaları gidermek değil, aynı zamanda hedef organ hasarını önleyerek veya geri çevirerek kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azaltmak olduğu,

-Hipertansiyon tedavisi genellikle ömür boyu sürdüğünü, ilaç kutusu bittikten sonra antihipertansif tedavinin sona ermeyeceği,

-Kan basıncı kontrol altına alınınca veya hastanın yakınmaları ortadan kalkınca antihipertansif tedavisinin sona ermeyeceği,

-İlaçların yan etkileri,

-Hastaya en büyük zararı kontrolsüz hipertansiyonun verebileceği,

-Nonfarmakolojik tedaviye dikkat dilmezse antihipertansif ilaçların etkisiz olacağı hatırlatılmalıdır.

Nonfarmakolojik tedavi beraberinde bir nevi yaşam değişikliğini de beraberinde getirir. Hastalar bu konuda kesinlikle eğitilmelidir. Şişmanlık, şeker hastalığı veya kolesterolü olan hastalarda yaşam düzeyinin değiştirtmesinin önemi daha da artar. Yaşam düzeyinin değiştirilmesi hipertansiyonu tek başına kontrol edebileceği gibi ilaç gereken durumlarda ilaç dozunun azaltılmasına da olanak sağlar.

Nonfarmakolojik tedavide dikkat edilmesi gereken temel hususlar şöyledir;

1. Tuz alımının kısıtlanması
2. Hastanın ideal kiloya getirilmesi
3. Fiziksel aktivitenin artırılması
4. Sigaranın terk edilmesi
5. Aşırı alkol alımının önlenmesi
6. Diyetle potasyum desteği
7. Diyetle doymuş yağ ve kolesterol alımının sınıflandırılması
8. Diyetle yeterli kalsiyum ve magnezyumun alınması (Sağlıker, 1999).

Hipertansiyon patofizyolojisinde önemli bir risk faktörü olan psikolojik etmenlerin gevşeme terapileri, psikoterapi ve farmakoterapi gibi tedavi yöntemleri ile kolayca tedavi edilebileceği göz ardı edilmemelidir (Çelik and Özdemir, 2010).

#### **4.6.2. Stresle Baş Etmede Hemşirelik Bakımı**

Stresin ne olduğu, onunla nasıl başa çıkılacağını bilmek hemşireler için oldukça önemlidir. Stresin hangi koşullarda ortaya çıkacağını bilen bir hemşire onu önlemede aktif rol alabileceği gibi stresli bireylere stresleri ile başa çıkma yollarını da öğretebilecektir.



Stres her zaman zararlı değildir. Yaşamı sürdürme ve başarıya ulaşmada birey strese ihtiyaç vardır. Azı zevk verir. Ancak fazlası hoş olmayıp birey için zararlıdır. Selye, zevk veren strese Eustress, zararlı olana Dystress adını verir (Pektekin, 1992).

Stresle başa çıkma da, strese verilen yanıtları bilmek önemlidir. Strese, affektif, kognitif, davranışsal, bedensel tepkiler verilir.

Affektif tepkilerin arasında, huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik, kaygı, ümitsizlik ve ağlama gibi sorunlar oluşabilir.

Kognitif alan da, yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık, obsesyonlar ve fobiler gibi sorunlar ortaya çıkabilir.

Davranışsal tepkiler arasında da, kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme ve bedensel sorunlarla aşırı uğraş gibi sorunlar oluşabilir.

Bedensel tepkiler ise: yukarıda sözü edilen fizyolojik tepkilere paralel olarak oluşan çarpıntı, tansiyon artışı, sırt-göğüs ağrısı, kas gerginliği, baş ağrıları, uyuşma ve karıncalanmalar, terleme, titreme, sık idrar yapma, nefes açlığı, baş dönmesi ve bayılma gibi tepkilerdir. Dolayısı ile, stresle başa çıkma da, stresin duygu, davranış, düşünce ve bedensel bileşenleri hedeflenmelidir. Ruhsal gerginlik arttıkça bedensel tepkiler artarken, bedensel tepkilere bağlı ruhsal gerginliğin daha da artmasıyla bir kısır döngü içerisine girilir. Stresle başa çıkmada, öncelikle işe yaramayan ve bireye zararlı tepkilerin belirlenmesi ve bunların nelere yol açtığının farkına varılması gerekir. Stresle başa çıkma yöntemleri, bireyin bu tepkilerini değerlendirmesini sağlayacak özgül beceriler kazandırarak stresi azaltmayı hedefler (Bayram ve ark., 1999).

Stresle başa çıkma stresin doğal bir tanımlayıcısıdır. Stresi sezinleyen bireyler onunla çeşitli yollarla başa çıkmayı deneyimleyebilir.

**Stresle baş etme yöntemleri maddeler halinde sıralamak gerekirse;**

**a) Stres kaynaklarını tanımlama:** Neler sizde stres yaratıyor? Bunlar hakkındaki düşünceleriniz neler? İçinde bulunduğunuz durumu abartıyor musunuz?

**b) Duyguları tanımlama:** Beyniniz, yani siz, strese nasıl karşılık veriyorsunuz? Kendinizde baskın olarak fark ettiğiniz duygu, sinirlenme ve yorgunluk mu? Bu duygular neler düşündürüyor? Duygularınız ve düşünceleriniz sizi yüceltir de yıkar da.

**c) Fizyolojik tepkilerinizi anlama ve düzenleme:** Stres karşısında yapılması gereken, fizyolojik tepkileri normale çevirmeye çalışmaktır. Bedeninize rağmen yaşayamazsınız. Bedenin sağlıklı faaliyet düzenini koruyun. Yavaş ve derin nefes alarak nefesinizi ve kalp atışlarınızı normale döndürün. Rahatlama teknikleriyle kaslarınızı gevşetin. Fizik egzersizleri yaparak stresin salınımına sebep olduğu glikoz ve lipidleri (şeker ve yağları) yakın. Çeşitli besinleri dengeli yiyin, hızlı kilo alıp vermeyin. Yeterli ve düzenli uyuyun.

**d) Gülmek:** Gülmek vücudun doğal “mutluluk hapi” olan endorfin’in salgılanmasına neden oluyor. Yani mutluyken güldüğünüz gibi, güldüğünüzde de mutlu olursunuz. Gülmek tedavi eder: Stresin ülser, yüksek tansiyon, baş ağrısı gibi hastalıkları tetiklediği bilindiği gibi, gülmenin de sinirleri gevşettiği, sindirim sistemini çalıştırdığı, kan dolaşımını kolaylaştırdığı da bilimsel olarak ortaya konulmuştur. Kahkahalarla gülmek, vücudun üst kısmındaki tüm kasların, sinirlerin ve organların “egzersiz yapmasını” sağlar. Eğer bir saat boyunca kahkahalarla gülebilseniz 500 kalori harcardık (Baltaş, 2002).

Stresle başa çıkma yöntemlerine baktığımız zaman hemşirelikte mizah karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik olarak mizah; bireyin, dünyayı daha geniş bir açıdan görmesine yardımcı olarak stres düzeyini azaltır. Stres düşünme biçimi ile ilgili bir kavramdır. Yaşanan durum ve olaylar tek başına bireyde stres yaratmaz, strese neden olan şey bireyin durumlara yüklediği anlamdır. Mizah bireylere olayın o kadar da güçlü ve korkutucu olmadığını göstererek strese karşı koruyucu etki yaratabilir. Shakespeare bu durumu “hiçbir şey iyi ya da kötü değildir, onu iyi ya da kötü yapan şey düşüncelerdir” şeklinde açıklamıştır. Mizah bireyleri bireysel ve mesleki sorunlarında uzaklaştırarak bir baş etme mekanizması olarak işlev görür. Mizah, stres yaratan duyguların daha istendik, hoş duygularla yer değiştirmesini sağlar. “Siz kendinizi aynı anda hem kızgın, depresif, sinirli, suçlu hissedip hem de gülemezsiniz” diyerek mizah ve stres duygularının aynı anda yaşanamayacağını belirtmektedir. Mizah, bireyin davranışlarını

da etkiler, çünkü espri yapan birey daha fazla konuşur, göz iletişimi kurar ve dokunur. İnsanın yaşamında mizah duygusunun hiç olmamasının doğrudan düşük benlik saygısıyla ilgili olduğu belirtilmektedir. Mizahı kullanabilme bilişsel ve entelektüel beceriyi gerektirir. Sağlıklı bir mizah duygusu bireyin kendine gülebilmesini sağlar, bu durum bireyin benlik saygısını yükseltir ve can sıkıcı konularla baş etmesi için gerekli savunma mekanizmalarını harekete geçirir (Aydın, 2007).

**e) Müzik Dinlemek:** Araştırmalar, kalp atışlarının müzikle senkronize olduğunu ve beynin elektrik ritminin müzikle değiştiğini gösteriyor. Müzik, kortizonun salgısını yavaşlatarak stres hormonlarının düzeyini düşürüyor.

**f) Doğa:** Doğayı yaşamak insanı daha sakin ve mutlu kılıyor. Hastanelerde yapılan araştırmalara göre, odalarından doğa manzarası gören hastaların iyileşme hızı, başka bir binayı gören hastaların iyileşme hızından daha yüksek. Bir akvaryumu seyretmek dahi kişinin tansiyonunun düşmesine ve rahatlamasına yol açıyor.

**g) İletişim kurmak:** İletişimin, özellikle kaygının ve acının paylaşılmasının insanları rahatlattığı araştırmalarla kanıtlanmış. Nazi kamplarında yaşamış 33 kişiyle yapılan bir araştırmada bu kişilerden yaşadıklarını her gün iki saat boyunca anlatmaları, daha önce söylemedikleri ayrıntıları dahi paylaşmaları istenmiş. 14 ay süren araştırmada, arkadaşlarına daha fazla ayrıntı verecek kadar güvenen kişilerin sağlığının diğerlerinden çok daha iyi olduğu tespit edilmiş (Baltaş, 2002).

**h) Zihinsel Düzenleme:** Olumsuz olaylar karşısında duygusal ve davranışsal tepkiler vermemize neden olan akılcı olmayan düşünceleriniz varsa değiştirmek olumlu bir başa çıkma yolu olacaktır.

**ı) Fiziksel Egzersiz:** Düzenli spor ve egzersiz kas gerginliğini azaltır ve kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar.

**i) Tatil:** Hafta sonu tatilleri ya da uzun bir tatil, eğlenceli seyahatler, vücudumuzun dinlenmesine yardımcı olur. Olumlu düşünmeyi, zihinsel düzenlemeyi kolaylaştırır.

**j) Hobi:** İlgi alanlarınıza uygun, enerjinizi aktarabileceğiniz aktiviteler bulmak stresin etkilerini azaltacaktır.

**k) Sağlıklı Beslenme:** Öğün atlamamak ya da stres artırıcı gıdalardan uzak durmak etkili olabilir. Tutun, alkol ve kafeini azaltmak fiziksel sağlık açısından iyi olacağı gibi stres azaltıcı etkisi de olacaktır.

**l) Uzman Yardımı:** Uzman yardımı almak, strese neden olan problemlerimizin farkına varmanıza ve çözümüne yönelik stratejiler belirlemenizde etkili olacaktır (Hargreaves, 1999).

#### **4.6.3. Denetim Odağı Farklılıklarında Hemşirelik Bakımı**

Tabak ve Akköse (2006)'nin aktarımına göre Steptoe ve Wardle (2001) tarafından yapılan çalışmada kontrol odağı ile sağlıkla ilişkili on farklı davranış (fiziksel egzersiz, sigara kullanma, alkol kullanma, kahvaltı alışkanlığı, diş fırçalama, emniyet kemeri kullanma, meyve, yağ lifli yiyecekler ve tuz kullanma alışkanlığı) arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmacılar iç kontrol odağı yöneliminde yükselmeler görüldükçe sağlığa özen gösterme davranışında da artış olduğunu saptamışlardır.

Tabak ve Akköse (2006) ergenler ile yaptığı çalışmada sağlık davranışları ve bilgi alma istekleri ile sağlık denetim odağı algıları arasında belirlenen ilişkilerde, iç denetim odağı algısı yüksek olanların sağlıklarıyla ilgili daha fazla etkin olma istediğinde olduklarını görmüşlerdir.

Gültekin ve Baran (2005) 9-14 yaş akut ve kronik hastalığı olan çocuklarla yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan çocukların diğerlerine göre daha dıştan denetimli olduklarını görmüştür. Bu durumu ise uzun ve zor tedavi süreci geçirmekte oldukları için problemin kaynağını dışarıda arıyor olmalarına bağlıyor. Aynı çalışmada örneklem grubunun yaş aralığı attıkça çocukların denetim odakları iç denetim olarak faklılaşmaktadır. Bu durum bireyler büyüdükçe bilişsel yeteneklerindeki artış sonucunda kendisini daha sağlıklı bir şekilde değerlendirmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Baydoğan ve Dağ (2008)'in aktarımına göre Evans (2000) Kronik hastalıklarda dış kontrol odağı inançlarının depresif belirtileri etkileyebileceğini ve ümitsizlik duygusu ile stres yaşantısına neden olabileceğini ileri sürmüştür. Kronik bir hastalığı

olan diyaliz hastalarında kontrol odağının çalışıldığı araştırmalarda iç kontrol odağının, dış kontrol odağına kıyasla tedaviye daha iyi uyum göstermeyle ilişkili olduğu bildirilmiş; sağlığın, 'güçlü diğerleri' tarafından kontrol edilebileceğine olan inanç, yani dış kontrol odağı ile ise düşük düzeyde depresyon arasında pozitif ilişki görüldüğü belirtilmiştir.

Dağ (1991b) iç kontrol odaklı kişilerin, daha uyumlu başa çıkma stratejileri olarak kabul edilen probleme odaklanmış başa çıkma, dış kontrol odaklı kişilerin ise, duyguya odaklanmış başa çıkma stratejilerini kullandıklarını belirtmiştir.

Tüm bunların ışığında hemşirelik bakımını planlamadan önce bireylerin denetim odaklarına göre bakım planları şekillendirilebilir. İçten denetim odaklı bireyler kendilerini etkileyen olayların, daha çok, kendi denetimlerinde olduğu inancını taşır ve dıştan denetimlilere oranla sağlıklarını geliştirme ve korumada daha duyarlıdır. Bu açıdan içten denetimli bireyler sağlıkları için önerilecek hususlara daha duyarlı yaklaşımları beklenilebilir.

Dıştan denetim odaklı bireyler ise kendilerine olanların, daha çok kendileri dışındaki güçlerin denetiminde olduğu inancını taşırlar. Bu yüzden yaşadığı hastalık süreci hakkında birey daha dikkatli ve kapsamlı bilgilendirilmeli ve bu durum hakkında hassasiyet oluşturulmalıdır. Bireye tedavinin önemi ve hastalıklardan korunma nedenleri iyi vurgulanmalıdır ki tedaviye uyumu planladığımız şekilde gerçekleşsin.

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma, Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları ve stresle baş etme becerilerinin incelenmesi amacıyla karşılaştırılmalı tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu araştırmanın verileri İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde (İ.Ü.K.E) 19 Ekim - 31 Aralık 2009 tarihleri arasında toplandı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini 19 Ekim – 31 Aralık 2009 tarihleri arasında İ.Ü.K.E'nde Koroner Anjiyografi işlemi sonrasında Kateter Servisin'e (5.Servis) yatışı yapılan ve işleminden sonra 2. saatini dolduran, hemodinamisi stabil, hipertansiyon tanısı olan hastalar oluşturdu. Bu tarihte koroner anjiyografi işlemi sonrasında 231 hastanın servise yatışı yapıldı, bunların 188'i hipertansiyon hastası olup araştırmanın evrenini oluşturdu. Örneklemine ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 86 hasta oluşturdu.

### **5.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul etmek.
- Hastaneye yatışı öncesinden hipertansiyon tanılı olmak.
- Soruları cevaplayabilecek düzeyde olmak.
- İletişim kurulabilir olmak.
- 18 yaş ve üzerinde olmak.
- Psikiyatrik bozukluğu olmamak.
- Psikiyatrik ilaç kullanmamak.
- Anjio işleminden sonra 2. saatini doldurmuş olup hemodinamisi stabil olmak.

## 5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada hastaların denetim odakları ve stresle baş etme becerileri bağımlı; bu duruma etki ettiği düşünülen örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu) ve hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri (hastaya tanının doktor tarafından söylenme durum, hastalığın süresi, tedavi olma durumu, tedavi olanların tedavi süresi, ilaç kullanımı, ilaç kullananların düzenli ilaç kullanımı, hipertansiyon hastası olma nedenleri, hipertansiyonu kötü algılama durumu, hipertansiyon konusunda eğitim alma durumu, hipertansiyon konusunda eğitim alınan kaynak ve hipertansiyon hakkında bilgi durumu) araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak tanımlandı.

## 5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada hipertansiyon tanılı hastalara ait verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ile “Rotter Denetim Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)” ve “Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)” kullanıldı.

### 5.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmada hipertansiyon tanılı hastalara ait sosyo-demografik verilerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu) ve hastalığa ilişkin verilerin (hastaya tanının doktor tarafından söylenme durum, hastalığın süresi, tedavi olma durumu, tedavi olanların tedavi süresi, ilaç kullanımı, ilaç kullananların düzenli ilaç kullanımı, hipertansiyon hastası olma nedenleri, hipertansiyonu kötü algılama durumu, hipertansiyon konusunda eğitim alma durumu, hipertansiyon konusunda eğitim alınan kaynak ve hipertansiyon hakkında bilgi durumu) elde edilmesine yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan form 17 sorudan oluşmaktadır (Ek I).

### 5.6.2. Rotter Denetim Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)

Bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumu; pekiştiricilerin bireyin kendi içindeki yada dışındaki güçlerin (şans

yada kader) kontrolünde olduğuna ilişkin sahip olduğu genel beklenti ya da inançları ölçen bir ölçektir (Rotter, 1966).

“Rotter’s Internal-External Locus of Control Scale” J.B. Rotter tarafından 1966’da geliştirilen ölçeğin özgün adıdır. Bireyin kendi başına cevaplayabileceği, kolay uygulanabilir ve grup uygulamasına uygun bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İhsan Dağ tarafından 1991 yılında yapılmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği’nin Türkçe formunun güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından Psikoloji Bölümü öğrencilerinden 99 kişilik bir grup üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada; ölçeğin, testin tekrarı güvenilirlik katsayısı 0.83, Kuder Richardson tekniği ile hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0.68 ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.70 olarak bulunmuştur (Dağ, 1991a).

Ölçek kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin zaman sınırlaması yoktur, uygulaması yaklaşık 15 dakika sürmektedir ( Ek II ). Ölçek 29 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki 29 maddenin 6’sı ( 1, 8, 14, 19, 24, 27 ) dolgu maddesi olduğu için puanlanmamaktadır.

Diğer maddeler için verilen yanıtlar;

2.madde	a seçeneği	1 puan
6.madde	a seçeneği	1 puan
7.madde	a seçeneği	1 puan
9.madde	a seçeneği	1 puan
16.madde	a seçeneği	1 puan
17.madde	a seçeneği	1 puan
18.madde	a seçeneği	1 puan
20.madde	a seçeneği	1 puan
21.madde	a seçeneği	1 puan
23.madde	a seçeneği	1 puan
25.madde	a seçeneği	1 puan
29.madde	a seçeneği	1 puan almaktadır.



3.madde	b seçeneği	1 puan
4.madde	b seçeneği	1 puan
5.madde	b seçeneği	1 puan
10.madde	b seçeneği	1 puan
11.madde	b seçeneği	1 puan
12.madde	b seçeneği	1 puan
13.madde	b seçeneği	1 puan
15.madde	b seçeneği	1 puan
22.madde	b seçeneği	1 puan
26.madde	b seçeneği	1 puan
28.madde	b seçeneği	1 puan almaktadır.

Ölçekten 0 ile 23 arasında bir toplam puan alınabilmektedir. Maddelerin sırası ve puanlama sistemleri orijinaliyle aynıdır. Yükselen puanlar, dış kontrol odağı inancında artış göstermektedir (Savaşır ve Şahini, 1997).

### **5.6.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)**

Bu ölçek, stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel başa çıkma stratejilerini ne ölçüde kullandığını ve öz-kontrol becerilerini ölçmektedir (Rosenbaum, 1980).

“Rosenbaum’s Learned Resourcefulness Schedule” M.A. Rosenbaum tarafından 1980’de geliştirilen ölçeğin özgün adıdır. Bireyin kendi başına cevaplayabileceği, kolay uygulanabilir ve grup uygulamasına uygun bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayşe Siva ve İhsan Dağ tarafından 1991 yılında yapılmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının .78; madde toplam korelasyonlarının da .11 ile .51 arasında değiştiği, tüm korelasyonların anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca RÖGÖ’nün ölçüt bağlantılı geçerlik çalışmasında RİDKOÖ ile arasında -.29 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Dağ, 1991b).

Ölçek kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin zaman sınırlaması yoktur, uygulaması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ölçek 36 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir ( Ek III ). Maddeler için verilen yanıtlar;

Hiç tanımlamıyor	1 puan
Biraz tanımlıyor	2 puan
Oldukça iyi tanımlıyor	3 puan
İyi tanımlıyor	4 puan
Çok iyi tanımlıyor	5 puan almaktadır.

Ancak 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29, 35 no’lu sorular ters yönde puanlanmaktadır. Bu maddeler için puanlama;

Hiç tanımlamıyor	5 puan
Biraz tanımlıyor	4 puan
Oldukça iyi tanımlıyor	3 puan
İyi tanımlıyor	2 puan
Çok iyi tanımlıyor	1 puan olarak yapılmaktadır.

Ölçekten 36 ile 180 arasında bir toplam puan alınabilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde yükselen puanlar kendini denetleme becerisinin yüksekliğine; bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997).

#### 5.6.4. RİDKOÖ ve RÖGÖ’nün Güvenirlilik Analizi

**Tablo 1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların RİDKOÖ ve RÖGÖ’nin Geçerlilik ve Güvenirlilikleri (N=86)**

Ölçek	N	Min.	Max.	Ort	Ss	Güvenirlilik (Cronbach's Alpha)	Madde Sayısı
RİDKOÖ	86	2,000	19,000	10,698	2,975	,608	29
RÖGÖ	86	80,000	166,000	116,605	13,640	,709	36

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların RİDKOÖ ve RÖGÖ ortalamaları incelendiğinde RİDKOÖ ortalamasının 10,69; RÖGÖ ortalamasının 116,60 olduğu görülmektedir.

Buna göre hipertansiyon tanılı hastaların RİDKOÖ puanı ortalama değer (10,698) üzerinde olanlar dış kontrol odağı (dıştan denetimli) inancında, RİDKOÖ puanı ortalama puanın altında onlar ise iç kontrol odağı (içten denetimli) inancında olarak tanımlanabilmektedir.

**Tablo 1.1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odakları Grupları Bulguları (N=86)**

Ölçek	Grup	N	%	Min.	Max.	Ort.
RİDKOÖ	Dış Denetimi	49	57,0	10,703	19,000	11,119
	İç Denetimli	37	43,0	2,00	10,619	10,295

t: Student t testi

Tablo 1.1’de araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı grupları incelenmiştir. Buna göre hipertansiyon tanılı hastaların %57’si dış denetimli, %43’ü iç denetimlidir.

Hipertansiyon tanılı hastaların RÖGÖ puanı ortalama değer (116,605) üzerinde olanlar kendini denetleme becerileri yüksek olarak, RÖGÖ puanları ortalama puanın altında olanlar ise kendini denetleme becerileri düşük olarak tanımlanabilmektedir.

**Tablo 1.2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Grupları Bulguları (N=86)**

Ölçek	Grup	N	%	Min.	Max.	Ort.
RÖGÖ	Yüksek	44	51,2	116,605	166,000	117,973
	Düşük	42	48,8	80,000	115,780	115,571

t: Student t testi

Tablo 1.2’de araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların öğrenilmiş güçlülük grupları incelenmiştir. Hipertansiyon tanılı hastaların %51,2’sinin öğrenilmiş güçlülük seviyesi yüksek, %48,8’inin öğrenilmiş güçlülük seviyesi düşüktür.

Kendini denetleme becerisinin yüksekliği, yüksek öğrenilmiş güçlülük düzeyi; yüksek öğrenilmiş güçlülük düzeyi ise stresle başa çıkma düzeyinin artışı olarak kabul edilebilir. Kişinin sahip olduğu kaynaklar arasında gösterilen “öğrenilmiş güçlülük” kavramı, “stresle başa çıkma” kavramı ile dönüşümlü olarak kullanılır.

Rotter Denetim Odağı Ölçeğinin bu araştırmadaki güvenilirlik kat sayısı Cronbach’s Alpha yöntemi ile değerlendirildi. Cronbach’s Alpha katsayısı 0,608 olup, geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi.

Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin bu araştırmadaki güvenilirlik kat sayısı Cronbach’s Alpha yöntemi ile değerlendirildi. Cronbach’s Alpha katsayısı 0,709 olup, geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi.

## **5.8. Verilerin Toplanması**

Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından anket kullanılarak toplandı. Veriler toplanmadan önce, araştırmacı tarafından anketi cevaplayacak olan bireye araştırmanın amacı açıklanarak bireyin sözel onamı alındı ve gönüllü katılımı sağlandı. Anket formundaki soruların cevaplandırılma süresi ortalama 45 dakika olarak belirlendi.

## **5.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 istatistiksel paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları ( Sayı (n), Yüzde (%), Ortalama (Ort), Standart sapma (SD), Maximum (max.) ve Minimum (min.) değer) kullanıldı. İki den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi ve tek yönlü One way Anova testi (F) kullanıldı. Farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Post Hoc Tukey testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişkileri saptamak için Pearson Korelasyon analizi (r) kullanıldı.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

## **5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bulguları kullanılan ölçeklerin güvenilirliği araştırmaya dahil edilen hipertansiyon tanılı hastaların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

Araştırma tek kurumda gerçekleştirildiği için genellenebilirlik yönünden sınırlılık taşımaktadır.

## **5.11. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nden yazılı izin alındı (Ek 4).

Araştırma süresince katater servisine yatışı yapılan hipertansiyon tanılı bireylere araştırmanın amacı sözel olarak açıklanarak, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin kimlik bilgileri alınmadı.

## 6. BULGULAR

İ.Ü.K.E.'de 86 hasta ile 19 Ekim - 31 Aralık 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular dört bölümde ele alındı. Bunlar;

6.1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik ve Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Bulgular

6.2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.3. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.4. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki İlişki

## 6.1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik ve Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Bulgular

Tablo 2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=86)

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	41	47,7
	Erkek	45	52,3
Yaş	42 yaş ve altı	11	12,8
	43-52 yaş	29	33,7
	53-62 yaş	30	34,9
	63 yaş ve üstü	16	18,6
Medeni Durum	Evli	66	76,7
	Bekar	10	11,6
	Dul	10	11,6
Eğitim Durumu	Okur-yazar değilim	10	11,6
	Okur-yazar	10	11,6
	İlkokul mezunu	24	27,9
	Ortaokul mezunu	16	18,6
	Lise mezunu	15	17,4
	Üniversite mezunu	11	12,8
Meslek	Serbest meslek	11	12,8
	Memur	11	12,8
	Emekli	21	24,4
	Esnaf	10	11,6
	Ev hanımı	23	26,7
	İşsiz	10	11,6
Gelir Durumu	Düşük	45	47,7
	Orta	41	40,7
	Yüksek	10	11,6

Tablo 2’de araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların sosyo-demografik özellikteki (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu) bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verildi.

Bu tabloya göre; araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların cinsiyet durumuna göre hipertansiyon tanılı hastaların %47,7’si kadın, %52,3’ü erkektir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların yaş durumuna göre hastaların %12,8'i 42 yaş ve altı, %33,7'si 43-52 yaş, %34,9'u 53-62 yaş, %18,6'sı 63 yaş ve üstü yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların medeni durumlarına göre hastaların %76,7'si evli, %11,6'sı bekar, %11,6'sı duldur.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların eğitim durumlarına göre hastaların %11,6'sı okur-yazar olmadığı, %11,6'sı okur-yazar olduğu, %27,9'u ilkokul mezunu, %18,6'sı ortaokul mezunu, %17,4'ü lise mezunu, %12,8'i üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların mesleklerine göre hastaların %12,8'i serbest meslek sahibi, %12,8'i memur, %24,4'ü emekli, %11,6'sı esnaf, %26,7'si ev hanımı, %11,6'sı işsiz olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların gelir durumlarına göre hastaların %40,7'si düşük, %47,7'si orta, %11,6'sı yüksek gelirlidir.

**Tablo 3. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Yaş Ortalaması (N=86)**

<b>Değişken</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>
<b>Yaş</b>	86	29	79	53,29	10,511

Tablo 3'de hipertansiyon tanılı hastaların yaş ortalaması verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53,29 olup en genci 29, en yaşlısı ise 79 yaşındadır.



**Tablo 4. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları**

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Hastaya Tanının Doktor Tarafından Söylenme Durumu (N=86)</b>	Evet	76	88,4
	Hayır	10	11,6
<b>Hastalığın Süresi (N=86)</b>	4 yıldan az	40	46,5
	4-9 yıl	22	25,6
	10-14 yıl	12	14,0
	15 yıl ve üstü	12	14,0
<b>Tedavi Olma Durumu (N=86)</b>	Evet	71	82,6
	Hayır	15	17,4
<b>Tedavi Olanların Tedavi Süresi (N=71)</b>	5 yıldan az	35	49,3
	5-10 yıl	24	33,8
	10 yıldan fazla	12	16,9
<b>İlaç Kullanımı (N=86)</b>	Evet	76	88,4
	Hayır	10	11,6
<b>İlaç Kullananların Düzenli İlaç Kullanımı (N=76)</b>	Evet	63	82,9
	Hayır	13	17,1
<b>Hipertansiyon Hastası Olma Nedenleri (N=86)</b>	Stresli bir hayatımın olması	59	68,6
	Kalıtsal	14	16,3
	Beslenme tarzım	12	14
<b>Hipertansiyonu Kötü Algılama Durumu (N=86)</b>	Evet	52	60,5
	Kısmen	34	27,9
	Hayır	10	11,6
<b>Hipertansiyon Konusunda Eğitim Alma Durumu (N=86)</b>	Evet	12	14
	Hayır	74	86
<b>Hipertansiyon Konusunda Eğitim Alınan Kaynak (N=12)</b>	Doktor	10	83,4
	Doktor ve televizyon yayını	2	16,6
<b>Hipertansiyon Hakkında Bilgi Durumu (N=86)</b>	Hiç bilgim yok	12	14
	Biraz bilgim var	57	66,3
	Yeterli bilgiye sahibim	16	18,6

Tablo 4’de araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hastalığına ilişkin özelliklerinin (hastaya tanının doktor tarafından söylenme durum, hastalığın süresi, tedavi olma durumu, tedavi olanların tedavi süresi, ilaç kullanımı, ilaç kullananların düzenli ilaç kullanımı, hipertansiyon hastası olma nedenleri, hipertansiyonu kötü algılama durumu, hipertansiyon konusunda eğitim alma durumu,

hipertansiyon konusunda eğitim alınan kaynak ve hipertansiyon hakkında bilgi durumu) bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verildi.

Bu tabloya göre; araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon tanılarının doktor tarafından söylenme durumuna göre hastaların %88,4'ünün hipertansiyon hastalığının doktorları tarafından söylendiği, %11,6'sının doktorlar tarafından söylenmediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hastalığı süresi durumuna göre hastaların %46,5'i 4 yıldan az, %25,6'sı 4-9 yıl, %14'ü 10-14 yıl, %14'ü 15 yıl ve üstü hipertansiyon hastası olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların tedavi olama durumlarına göre hastaların %82,6'sı evet, %17,4'ü hayır yanıtını verdikleri görülmektedir. Evet yanıtını vererek tedavi olduklarını belirten hastaların tedavi süreleri incelendiğinde %49,3'ü 5 yıldan az, %33,8'i 5-10 yıl, %16,9'u 10 yıldan fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların ilaç kullanımı durumuna göre hastaların %88,4'ü evet, %11,6'sı hayır yanıtını verdikleri görülmektedir. Evet yanıtını veren hastaların %82,9'u ilaçlarını düzeli kullandığını, %17,1'i ise ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastalara göre hipertansiyon hastası olma nedenleri durumuna göre hastaların %68,6'sı stresli bir hayatının olması, %16,3'ü kalıtsal, %14'ü beslenme tarzı yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyonu kötü algılama durumuna göre hastaların %60,5'i evet, %27,6'sı kısmen, %11,6'sı hayır yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon konusunda eğitim alma durumuna göre hastaların %14'ü evet, %86'sı hayır yanıtını verdikleri görülmektedir. Evet yanıtını veren hastaların %83,4'ü bu eğitimi doktorlarından, %16,6'sı doktor ve televizyon yayınından sağladığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hakkında bilgi durumlarına göre hastaların %14'ü hiç bilgim yok, %66,3'ü biraz bilgim var, %18,6'sı yeterli bilgiye sahibim yanıtını verdikleri görülmektedir

**Tablo 5. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığı Sürelerinin Ortalaması (N=86)**

<b>Değişken</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort</b>	<b>SD</b>
<b>Hastalığın Süresi (yıl)</b>	86	1	40	7,38	7,717

Tablo 5'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hastalığı sürelerinin ortalaması 7,38 yıl olup hastaların hastalık sürelerinin en kısıması 1 yıl olup, en uzununu 40 yıldır.

## 6.2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Cinsiyetleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)

Ölçek	Cinsiyet	n	Ort.	SD	t	p
RİDKOÖ	Kadın	41	11,122	3,226	1,267	0,209
	Erkek	45	10,311	2,704		
RÖGÖ	Kadın	41	115,311	11,837	0,921	0,360
	Erkek	45	118,024	15,114		

t: Student t testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşması t-testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Yaşları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Yaş	n	Ort.	SD	F	p
RİDKOÖ	42 yaş ve altı	11	10,364	3,202	0,111	0,954
	43-52 yaş	29	10,862	3,193		
	53-62 yaş	30	10,567	2,775		
	63 yaş ve üstü	16	10,875	3,030		
RÖGÖ	42 yaş ve altı	11	112,545	13,953	2,125	0,103
	43-52 yaş	29	114,655	17,506		
	53-62 yaş	30	121,500	9,923		
	63 yaş ve üstü	16	113,750	9,277		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Medeni Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Medeni Durum	n	Ort.	SD	S.Hata	F	p
RİDKOÖ	Evli	66	10,727	3,066	0,377	0,562	0,572
	Bekar	10	9,900	2,331	0,737		
	Dul	10	11,300	3,020	0,955		
RÖGÖ	Evli	66	116,152	14,008	1,724	0,289	0,750
	Bekar	10	116,500	13,770	4,354		
	Dul	10	119,700	11,757	3,718		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının medeni durumlarına göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Eğitim Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Eğitim Durumu	n	Ort.	SD	S.Hata	F	p
RİDKOÖ	Okur-yazar değilim	10	11,000	3,127	0,989	1,730	0,137
	Okur-yazar	10	12,500	3,308	1,046		
	İlkokul mezunu	24	11,000	2,670	0,545		
	Ortaokul mezunu	16	10,500	3,204	0,801		
	Lise mezunu	15	10,333	2,870	0,741		
	Üniversite mezunu	11	8,909	2,427	0,732		
RÖGÖ	Okur-yazar değilim	10	112,900	15,445	4,884	1,041	0,400
	Okur-yazar	10	122,300	10,531	3,330		
	İlkokul mezunu	24	117,708	12,551	2,562		
	Ortaokul mezunu	16	112,938	10,841	2,710		
	Lise mezunu	15	114,400	11,897	3,072		
	Üniversite mezunu	11	120,727	20,824	6,279		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Meslekleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Meslek	n	Ort.	S.s	S.Hata	F	p
RİDKOÖ	Serbest meslek	11	10,545	3,236	0,976	1,714	0,141
	Memur	11	10,273	3,228	0,973		
	Emekli	21	10,048	2,355	0,514		
	Esnaf	10	9,500	3,206	1,014		
	Ev Hanımı	23	12,130	2,564	0,535		
	İşsiz	10	10,600	3,688	1,166		
RÖGÖ	Serbest meslek	11	111,818	10,647	3,210	0,839	0,526
	Memur	11	114,636	13,677	4,124		
	Emekli	21	116,810	10,157	2,216		
	Esnaf	10	121,800	21,781	6,888		
	Ev Hanımı	23	118,826	12,532	2,613		
	İşsiz	10	113,300	15,755	4,982		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının mesleklerine göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 11. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Gelir Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

<b>Ölçek</b>	<b>Gelir Durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>	<b>S.Hata</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>RİDKOÖ</b>	Düşük	35	11,200	3,197	0,540	1,247	0,293
	Orta	41	10,537	2,856	0,446		
	Yüksek	10	9,600	2,503	0,792		
<b>RÖGÖ</b>	Düşük	35	116,143	13,005	2,198	0,269	0,765
	Orta	41	116,268	12,194	1,904		
	Yüksek	10	119,600	21,120	6,679		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının gelir durumuna göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

### 6.3. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri ile RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hastaya Hipertansiyon Hastası Olduğunun Hekim Tarafından Söylenmesi Durumu İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)

Ölçek	Hastaya Tanının		n	Ort	SD	t	p
	Doktor Tarafından	Söylenme Durumu					
RİDKOÖ	Evet	76	10,895	2,831	1,713	0,090	
	Hayır	10	9,200	3,736			
RÖGÖ	Evet	76	117,092	13,479	0,913	0,364	
	Hayır	10	112,900	15,029			

t: Student t testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hipertansiyon hastası olduklarının doktor tarafından söylenmesine göre farklılaşması t-testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Tanısı Süreleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

<b>Ölçek</b>	<b>Hastalığın Süresi</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>RİDKOÖ</b>	4 yıldan az	40	10,825	2,908	0,261	0,853
	4-9 yıl	22	10,864	3,091		
	10-14 yıl	12	10,667	3,172		
	15 yıl ve üstü	12	10,000	3,075		
<b>RÖGÖ</b>	4 yıldan az	40	116,275	13,801	0,335	0,800
	4-9 yıl	22	115,682	15,545		
	10-14 yıl	12	115,750	14,815		
	15 yıl ve üstü	12	120,250	8,013		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hastalık sürelerine göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Tedavi Olma Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Tedavi Olma		n	Ort.	SD	t	p
	Durumları						
RİDKOÖ	Evet	71	10,746	2,970	0,329	0,743	
	Hayır	15	10,467	3,091			
RÖGÖ	Evet	71	117,394	13,448	1,171	0,245	
	Hayır	15	112,867	14,397			

t: Student t testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının tedavi olma durumuna göre farklılaşması t-testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Tedavi Olanların Tedavi Olma Süreleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=71)**

Ölçek	Tedavi Olanların			SD	S.Hata	F	p
	Tedavi Süresi	n	Ort.				
RİDKOÖ	5 yıldan az	35	10,486	2,914	0,493	0,836	0,438
	5-10 yıl	24	11,375	3,090	0,631		
	10 yıldan fazla	12	10,250	2,927	0,845		
RÖGÖ	5 yıldan az	35	117,857	11,667	1,972	0,094	0,911
	5-10 yıl	24	116,417	17,698	3,613		
	10 yıldan fazla	12	118,000	8,485	2,449		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hipertansiyon hastalığının için tedavi olanların tedavi sürelerine göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16. Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Kullanımı Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	İlaç		n	Ort.	SD	t	p
	Kullanımı						
RİDKOÖ	Evet	76	9,500	2,906	1,361	0,177	
	Hayır	10	10,855	3,375			
RÖGÖ	Evet	76	117,092	13,100	0,913	0,364	
	Hayır	10	112,900	17,603			

t: Student t testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının ilaç kullanma durumuna göre farklılaşması t-testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17. Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Kullananların Düzenli İlaç Kullanma Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=76)**

Ölçek	İlaç Kullananların Düzenli İlaç Kullanımı		n	Ort.	SD	t	p
RİDKOÖ	Evet		63	10,383	2,912	-5,262	<b>p&lt;0,001</b>
	Hayır		13	13,985	3,042		
RÖGÖ	Evet		63	132,462	12,535	-6,494	<b>0,001</b>
	Hayır		13	115,524	18,210		

t: Student t testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının ilaç kullananların düzenli ilaç kullanma durumuna göre farklılaşması t-testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

Hipertansiyon hastalığı için kullandığı ilaçlarını düzenli kullanan hastalar iç denetim odaklı olup öğrenilmiş güçlülükleri yüksektir.

Hipertansiyon hastalığı için kullandığı ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalar dış denetim odaklı olup öğrenilmiş güçlülükleri düşüktür.

**Tablo 18. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastası Olma Nedenleri İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Hipertansiyon Hastası			F	p	
	Olma Nedenleri	n	Ort.			SD
RİDKOÖ	Stresli bir hayatımın olması	59	10,504	3,201	11,001	p<0,001
	Kalıtsal	14	14,642	1,446		
	Beslenme tarzım	12	10,750	2,220		
RÖGÖ	Stresli bir hayatımın olması	59	115,797	13,043	0,434	0,650
	Kalıtsal	14	119,500	18,237		
	Beslenme tarzım	12	117,500	11,461		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ortalamalarının hipertansiyon hastası olma nedenlerine göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır(p<0,001).

Hipertansiyon tanılı hastaların öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hastalık nedenine göre farklılaşması incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır(p>0,05).

Hipertansiyon hastası olma nedenini stresli bir hayatlarının olmasına bağlayan hastalar iç denetim odaklı, hipertansiyon hastası olma nedenini kalıtsallığa ve beslenme tarzlarına bağlayan hastalar dış denetim odaklıdır.



**Tablo 19. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyonu Kötü Algılama Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Hipertansiyonu Kötü				F	p
	Algılama Durumu	n	Ort.	SD		
RİDKOÖ	Evet	52	11,000	2,808	2,164	0,121
	Kismen	24	10,792	2,395		
	Hayır	10	8,900	4,483		
RÖGÖ	Evet	52	117,058	11,748	0,234	0,792
	Kismen	24	115,042	11,712		
	Hayır	10	118,000	24,792		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hastalıklarını kötü algılama durumuna göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 20. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Konusunda Eğitim Alma Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

Ölçek	Hipertansiyon Konusunda Eğitim Alma Durumu		n	Ort.	SD	t	p
RİDKOÖ	Evet	12	7,750	1,603	-3,352	<b>0,001</b>	
	Hayır	74	10,698	2,930			
RÖGÖ	Evet	12	117,590	6,571	-5,224	<b>p&lt;0,001</b>	
	Hayır	74	116,562	13,728			

t: Student t testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ve öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hastalığı hakkında bilgi alma durumuna göre farklılaşması t-testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ( $p<0,01$ ).

Hipertansiyon konusunda eğitim alan hastalar iç denetimli olup, öğrenilmiş güçlülükleri yüksek,

Hipertansiyon konusunda eğitim almayan hastalar dış denetimli olup, öğrenilmiş güçlülükleri düşüktür.

**Tablo 21. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hakkında Bilgi Durumları İle RİDKOÖ ve RÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=86)**

<b>Hipertansiyon Hakkında</b>						
<b>Ölçek</b>	<b>Bilgi Durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>RİDKOÖ</b>	Hiç bilgim yok	12	10,666	3,797	8,290	<b>0,001</b>
	Biraz bilgim var	57	10,824	2,673		
	Yeterli bilgiye sahibim	16	7,687	2,056		
<b>RÖGÖ</b>	Hiç bilgim yok	12	115,333	14,705	0,532	0,589
	Biraz bilgim var	57	116,035	12,997		
	Yeterli bilgiye sahibim	16	119,813	15,833		

F: Oneway Anova Testi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı ortalamalarının hastalığı hakkında bilgi durumuna göre farklılaşması Anova testi ile incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede ( $p < 0,01$ ) anlamlıdır. Hipertansiyon tanılı hastaların öğrenilmiş güçlük ortalamalarının hastalığı hakkında bilgi seviyelerine göre farklılaşması incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark anlamsızdır ( $p > 0,05$ ).

Hipertansiyon hakkında hiç bilgisi olmayanlar ile biraz bilgisi olanlar dış denetim odaklı, hipertansiyon hakkında yeterli bilgiye sahip olanlar iç denetim odaklıdır.

#### 6.4. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki İlişki

Tablo 22. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	Ort.	SD	r	p
RİDKOÖ	10,698	2,975	-0,035	0,750
RÖGÖ	116,605	13,640		

r: Spearman's korelasyon analizi

Araştırmaya katılan hipertansiyon tanılı hastaların RİDKOÖ toplam puanı ile RÖGÖ toplam puanı arasında negatif yönde ilişkinin olduğu fakat istatistiksel olarak bu ilişkinin anlamlı olmadığı belirlendi ( r: -0,035, p>0,05 ).

## 7. TARTIŞMA

Bu çalışmada; Hipertansiyon tanılı hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre denetim odakları ile öğrenilmiş güçlüklerini incelemeyi amaçladık.

### 7.1. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo\_Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Türkiye'nin tansiyonu projesi istatistik analiz raporunda araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre hipertansiyon durumları incelendiğinde İstanbul ilinde araştırmaya katılan 20629 kişiden 3671 erkek ve 5105 kadının hipertansif oldukları belirtilmiştir. Bu sayılara göre erkeklerin %41,83'ü, kadınların ise %58,17'si hipertansiyon hastasıdır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2009).

Erkek ve arkadaşlarının (2006) hipertansiyon hastaları ile yaptığı araştırmada örneklem grubunun %62,9'unu kadınlar oluşturmaktadır.

Eryonucu ve arkadaşlarının (1999) hipertansiyon hastalarının hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmanın %62'si kadındır.

Yapılan araştırmalarda görüldüğü gibi hipertansiyon hastalığının kadınlarda daha yaygın olduğu görülmüştür fakat bu durum araştırmamızın verileri ile örtüşmemektedir. Araştırmanın verileri tablo 2'de incelendiğinde kadınların örneklem gurubumuzun %47,7'sini oluşturduğu görülmektedir. Örneklem gurubumuzda hipertansiyon hastalığı erkeklerde (%52,3) daha yaygındır. Araştırmanın verileri anjio işlemi sonrasındaki hastalarla doldurulmuş olması ve işlem sonrası sancılı dönemi kadınların daha duygusal geçirdiğini veya anjio gibi insizyonel işlemlerden kadınların çekindiklerini düşünerek açıklayabiliriz.

Araştırmamızda hipertansiyon tanılı hastaların büyük çoğunluğu 43-52 (%33,7) ve 53-62 (%34,9) yaş aralığındadır (Tablo 2). Hastaların yaş ortalamalarının 53,29 olması grubun orta yaş yetişkin (40-65 yaş) aralığında oluşunu göstermektedir (Tablo 3). Eryonucu ve arkadaşları (1999) çalışmasında hipertansiyon hastalarının yaş

ortalaması 56, Erkek ve arkadaşları (2006) ise hipertansiyon hastalarının yaş ortalamasını 60,70 olarak benzer şekilde orta yaş yetişkin aralığında bulmuşlardır.

Gelir durumu düşük (%47,7) olan hastaların mesleki durumları incelendiğinde çoğunluğun ev hanımı (%26,7), emekli (%24,4) ve işsiz (11,6) olması bu duruma anlamlılık kazandırmaktadır.

## **7.2. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Hipertansiyon tanılı hastalara “Doktorunuz tarafından hipertansiyon hastası olduğunuz size söylendi mi?” sorusuna verdiği cevap %88,4 oranında evet olmuştur (Tablo 4). Hayır, cevabını veren hastalara bu tanı doktoru tarafından söylenmiş olabilir çünkü örneklem grubunu hipertansiyon tanısı almış olan hastalar oluşturmaktadır. Bireyler kullandıkları antihipertansif özellikteki ilaçlar nedeni ile veya tansiyonlarının yükseldiği dönemde yaşadıkları fizyolojik süreç ile bu kaniye kendileri varmış olabilirler.

Örneklem grubunun hipertansiyon hastalığına yakalanma süresi çoğunluğun 4 yıldan az (%46,5) (Tablo 4) aralığında birikmesi ile beraber ortalama değer 7,38 yıldır (Tablo 5). Erkek ve arkadaşları (2006) ve Eryonucu ve arkadaşları (1999) hastaların hastalık sürelerini 1-5 yıl aralığında bulmuşlardır, bu sonuçlar çalışmamızın sonucuyla örtüşmektedir.

Hipertansiyon hastalığı için tedavi olanlara baktığımızda örneklem grubunun %82,6’sını oluşturmaktadırlar ve bu bireylerin tedavi olma süreleri (4 yıldan az olanlar, n=40) ile hastalığa yakalana süreleri (5 yıldan az olanların=35) bir birine yakındır (Tablo 4).

Tansiyon hastalığı için ilaç kullanan bireyler ise hastaların %88,4’ünü oluşturmaktadır, bunların %82,9’u ise ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (Tablo 4). Eryonucu ve arkadaşları (1999) ise hipertansiyon hastalarının %78’inin hastalığı için ilaç kullandığını ve bunların %79’unun ise ilacını düzenli kullandıklarını belirtmiştir.

Türkiye’nin tansiyonu projesi istatistik analiz raporunda bireylerin %41,9’unun hipertansiyon için ilaç kullandıkları belirtilmiştir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek

Hastalıkları Derneği, 2009). Koruk ve arkadaşlarının (2007) kadınlarda hipertansiyon prevalansı, farkında olma ve tedavi olma durumunu inceledikleri çalışmada hastaların %10,3'nün antihipertansif tedavi aldıklarını belirlemişlerdir.

Ünalın ve arkadaşları (2005) hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışlarını inceledikleri araştırmada örneklem gurubunun %67,7'sinin antihipertansif ilaç kullandığını belirtmiştir.

Araştırmamızda hastalığı için tedavi gördüğünü söyleyen hasta sayısının (71) ilaç kullanan hasta sayısından (76) az olmasının nedenini, ilaçlarını düzenli kullanmayan bireylerin bu yöntemi tedavi olarak görmediklerini düşünerek açıklayabiliriz (Tablo 4).

Hipertansiyon tanılı hastalara “Sizce hipertansiyon hastası olmanızın nedeni nedir?” sorusu sorulduğunda ilk sırayı %68,6 oranında “stresli bir hayatımın olması” cevabı alınmaktadır (Tablo 4). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin (2009) yaptığı çalışmada bireylere sorulan “Tansiyonunuzu etkilediğini düşündüğünüz en önemli 1. faktör nedir?” sorusuna cevap olarak ilk sırada stres yanıtı vermişlerdir. Erkek ve arkadaşları (2006) hipertansiyon tanısı alan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların hipertansiyon nedenlerini sırası ile; sinirlenme (%32,1), stres (%11,9), sıkılma(%10,5) ve üzülmeye (%10,5) olarak ifade ettiklerini belirtmiştir.

Hastalar hipertansiyon hastalığını %60,5 oranında kötü bir hastalık olarak adlandırmaktadırlar. Bunun nedeni hastalıkları için sürekli ilaç kullanma durumları, hipertansiyon döneminde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıklar ve stresör faktörlerden çabuk etkilenme olabilir.

Hipertansiyon hastalarının büyük bir kısmı ise (%86) hastalıkları hakkında eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alanların eğitim kaynaklarını %83,4'ünün doktor, %16,6'sının ise doktor ve televizyon oluşturmaktadır. Örneklem gurubunun hipertansiyon hakkındaki bilgi durumu sorgulandığında ise ilk sırayı %66,3 oranla “biraz bilgim var” cevabı almaktadır. Bireylerin çoğu hipertansiyon hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi edinmedikleri belirttikleri halde bu konuda bilgilerinin olması durumunu hipertansiyon hastalığının toplumda yaygın bir hastalık olması nedeni ile bu konuda gizli öğrenme yöntemi ile bilgi edinmiş olabilmeleri ile açıklayabiliriz.

### **7.3. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Sosyo\_Demografik Özellikleri ile Denetim Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülüklerine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Araştırmamızın sosyo\_demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu) ile denetim odağı ve öğrenilmiş güçlülüklerine ilişkin özellikleri tablo 6, tablo7, tablo 8, tablo 9, tablo 10 ve tablo 11’de verilmiştir. Bu ilişkiler incelendiğinde denetim odağı puanları ortalamaları ve öğrenilmiş güçlülük puanları ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kapıkıran’ın (2007) ilköğretim birinci kademe öğretmenleriyle yaptığı çalışmada ve Çetin ve arkadaşlarının (2008) beden eğitimi öğretmenleri ile yaptıkları çalışmada cinsiyet, yaş ve medeni durumun denetim odağı puanlarının karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılığın olmadığı sonucuna varmışlardır. Erkmen ve Çetin’in (2007) beden eğitimi öğretmenleri ile yaptıkları diğer bir çalışmada ise yine aynı sonuca ulaşılmışlardır.

Uğurlu ve Ekinci (2007) hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi) denetim odağı ve öğrenilmiş güçlülük ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Erkek ve arkadaşları (2006) ise stresin affektif tepkileri arasında yer alan öfke ve öfke ifade tarzlarını hipertansiyon tanısı alan hastalar ile incelemiştir. Araştırmasının sonucunda öfke ve öfke ifade tarzlarının cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve algılanan ruh sağlığı durumu değişkenleri ile anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini belirtmiştir.

Kayahan ve Sertbaş (2007) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve depresyon görülme sıklığı açısından yaş ortalamaları, medeni durum farklılıkları ve cinsiyetler arasında farkın olmadığını, anksiyete yönünden erkeklerin anksiyete belirtilerini kadınlarınkinden daha düşük bulmuştur. Bu sonucu erkeklerin genel yapı itibari ile kendilerine güvenmeleri ve olaylara daha iyimser yaklaşmaları ile açıklamıştır. Bu durum karşısında araştırmamızın sonuçlarında da olduğu gibi



(erkeklerin öğrenilmiş güçlülükleri yüksek, tablo 6) erkeklerin stresle daha iyi başa çıkabilmesini bekleyebiliriz.

Tablo 6'yı incelendiğinde hipertansiyon tanılı kadınların dış denetimli olduğu ve kendini denetleme becerisinin ise düşük olduğunu görmekteyiz. Buna paralel olarak hipertansiyon tanılı erkekler ise iç denetimli olup, kendini denetleme becerileri ise yüksektir. Türk aile yapısında kadınların erkeklere oranla daha itaatkâr olması, sosyo-kültürel ortamdan uzak tutulması gibi yetiştirilme tarzlarını düşündüğümüzde kadınların dış kontrol odaklı olması durumuna ışık tutmuş olabiliriz.

Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, Uğurlu ve Ekinci (2007) çalışmasında kadınların dış kontrol odaklı, erkeklerin iç kontrol odaklı olduğunu bulmuştur.

Baydoğan ve Dağ'ın (2008) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada cinsiyetin hastaların depresif belirti düzeyi üzerindeki etkisine baktıklarında kadınların daha depresif olduklarını görmüşlerdir; çalışmamızda ise kadınların öğrenilmiş güçlülüklerinin düşük bulunması (Tablo 6) durumunu, depresyon ve stresin birbirine etkisini düşündüğümüzde bu bulguyla benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Hipertansiyon tanılı hastaların medeni durum değişkenine göre bekarların denetim odakları farklılık göstermektedir. Çalışmamızda bekarlar içten denetimlidirler (Tablo 8). Dul ve evlilerin dıştan denetimli oluşlarını; toplumumuzda kadınların boyun eğici davranışlarının yaygın olması, örneklem grubunda ev hanımı kadınların çokluğu (%26,7), gelir durumlarının (%47,7) ve eğitim durumlarının düşüklüğü gibi faktörlerden dolayı kadınların hayattan beklentilerini kaderlerine yönlendirmiş olabilmeleri ile açıklayabiliriz.

Tablo 9'a göre hastaların eğitim seviyesi düştükçe bireyler daha dıştan denetimli olmaktadır. Okur-yazar olmayanlar ilkökul mezunlarına göre daha dıştan denetimlidirler. Dıştan denetimlilikle okul başarısı arasında doğrudan ve ters bir ilişki bulunmaktadır. Eğer bir toplumda okulda başarıya değer veriliyorsa başarıyı arttırmanın bir yolu kişilerin denetim odağı inancını dıştan içe doğru değiştirmektir (Dönmez, 1986). Kendine güven duygusunu iç kontrol odaklı bireylerde daha çok karşılaşılabileceğimiz bir duygu olarak düşündüğümüzde Kayahan ve Sertbaş'ın (2007) çalışmasında eğitilmiş olan hastaların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım

ortalama puanlarını, eğitilmiş olmayan hastaların ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunması çalışmamızın sonuçları ile örtüşebilir.

Erkek ve arkadaşları (2006) hipertansiyon hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek hastaların öfkelerini daha fazla dışa yansıttıklarını ve bu durumun nedenini, öfke ve yüksek tansiyon ilişkisi konusundaki farkındalıkları ve bilgi birikimlerinden kaynaklanıyor olabileceğiyle açıklamıştır. Çalışmamızın verilerine göre üniversite mezunlarının öğrenilmiş güçlülükleri yüksektir. Öfkelerini ifade edebilen bireylerin aynı şekilde stresle baş edebilme becerisinin yüksek olması durumu muhtemeldir.

Tablo 11'i incelediğimizde hipertansiyon tanılı hastalardan gelir durumu yüksek olan hastalar iç kontrol odaklı olup stresle baş etme becerileri yüksektir. Gelir durumunun yüksekliği beraberinde sosyo-kültürel farklılık ve yaşam kalitesi getirebileceğinden bu grubun stresle başa çıkma becerilerinin yüksek olması beklenilebilir bir durumdur.

#### **7.4. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özellikleri ile Denetim Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülüklerine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Hipertansiyon tanısının doktoru tarafından söylendiğini belirten hastalar dış, doktoru tarafından tanının söylenmediğini belirten hastalar ise iç kontrol odaklı olarak bulunmuştur (Tablo 12). Örneklem grubunu hipertansiyon tanılı hastaların oluşturduğu çalışmamızda iç kontrol odaklı bireylerin sağlıkları konusunda daha dikkatli olmaları, sağlıklarına daha özen göstermeleri durumunu düşündüğümüzde; devlet hastanelerinde hekimlerin yoğun çalışma temposu nedeni ile hastalara yeterli açıklamalar yapmaması, hipertansiyon hastalığının var diyip geçmeleri gibi durumlar içten denetimli bireylere yeterli gelmemiş olabilir, bu durumu tanının söylenmemesi olarak kabul etmiş olabilirler.

Hatalığı için ilaç kullanan hastalar iç denetim odaklı olup, öğrenilmiş güçlülükleri yüksektir. Bu hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumuna baktığımızda, içten denetimli ve stresle baş edebilme seviyeleri yüksek olan hastalar

ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (Tablo 17). Dönmez,(1986) iç denetimli bireylerin sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için daha fazla çaba harcadıklarını belirtmiştir. Bu durumda iç denetimli bireylerin ilaçlarını düzenli kullanmaları beklenen muhtemel bir sonuçtur. İlaçlarını düzenli kullanmayan dış denetimli bireylerin ilaçlarını düzenli kullanmama nedenlerini ilaç tedavisinin kendine zarar verebileceği düşüncesi, ilaca bağımlı hale gelebileceği söylentisi, tedavinin etkili olmadığına inanması ve kan basıncının normal oldu dönemlerde ilacı kullanmaması gerektiği düşüncesine sahip olması gibi olası inançlara bağlayabiliriz.

Dönmez'in (1986) aktarımına göre Balch ve Ross (1975) dıştan denetimlilere oranla, içten denetimliler fiziksel sağlıklarını korumak, hastalık ve kazalara karşı önlem almakta daha etkili olma eğiliminde olduklarını belirtmiştir.

Dıştan denetimli kişiler yaşantılarının sonucunu genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki faktörlere bağlı olduğuna inanan bireyler olarak tanımlamaktadır (Tabak ve Akköse, 2006). Hipertansiyon tanılı hastalara "hipertansiyon hastalığı nedenleri" sorulduğunda dış denetimliler bu durumu kalıtsal ve beslenme tarzlarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Hipertansiyon hastalığını stresli bir hayatının olmasına bağlayan hastaların stresle baş edebilme yetileri düşüktür. Bu durumda araştırmanın sorularında yer alan "Hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hastası olma nedenini stresli bir hayatlarının olmasına bağlayanların denetim odağı ve stresle baş etme durumları nasıldır" sorusuna "hastalar içten denetimli fakat öğrenilmiş güçlülükleri beklenin aksine düşüktür" cevabıyla yanıtlamış olunuz.

Hipertansiyon tanılı hastaların hastalığa gösterdiği anksiyete, depresyon gibi tepkiler onun hastalıkla baş etme tarzını ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde ise hipertansiyon hastalığını kötü olarak algılayan iç denetimli hastalar ve bu durumu normal karşılayan dış denetimli hastalar stresle baş edebilme durumları benzer olup her iki grupta stresle baş edebilme yetisi yüksektir (Tablo 19).

Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarını incelediği çalışmada Erkek ve arkadaşları (2006) öfkeyle olumlu baş etme yöntemlerinin yetersizliği, kişiler arası çatışmalar, anksiyete ve çevresel uyaranlar, yüksek tansiyona yol açan stres etkenleri olarak tanımlamaktadır. Çalışmasında ruh sağlığını “kötü” olarak değerlendiren ve öfkeyle baş edemeyen hastaların ise sürekli öfke düzeylerinin yüksek olduğunu ve öfke kontrolü yönünden yetersiz olduklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar öfke ve ruh sağlığı algısı arasında karşılıklı bir etkileşimin olduğunu göstermektedir. Bu etkileşim dolaylı olarak stres durumunu da etkilemektedir.

Dönmez’in (1986) belirttiğine göre Waltson ve arkadaşları (1976) içten denetimlilerin tansiyon yüksekliği gibi olası sağlık sorunlarına dikkatleri çekildiğinde, hastalık hakkında bilgi toplamaya diğer kişilerden daha eğilimli olduklarını belirttiler. Davis and Phares (1967), Pines and Julian’a (1972) göre içten denetimliler sorunları çözmeye çalışırken, bilgi toplama ve işlemde dıştan denetimlilere oranla daha etkililer. Balch and Ross (1975) dıştan denetimlilere oranla, içten denetimlilerin fiziksel sağlıklarını korumak, hastalık ve kazalara karşı önlem almakta daha etkili olma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın verilerinde ise bu duruma paralel olarak hipertansiyon konusunda eğitim aldıklarını belirten hastalar iç denetimli olup öğrenilmiş güçlükleri yüksektir (Tablo 20). Hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünen bireylerde iç denetim odaklıdır.

## **7.5. Hipertansiyon Tanılı Hastaların Denetim Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Araştırmamızın korelasyon sonucu tablo 20’de verilmiştir. Araştırmamızın verileri incelendiğinde RİDKOÖ ve RÖGÖ arasında negatif yönde ( $r:-0,035$ ) fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan ( $p>0,05$ ) bir ilişkinin olduğu saptamıştır.

Bu sonuca göre hipertansiyon tanılı hastaların içten ya da dıştan denetimli olmalarının stresle baş etme becerilerinde herhangi bir farklılık yaratmadığını, karşılaşılabilecekleri stresli durumlarda hemen hemen aynı tutumu sergileyebileceklerini söyleyebiliriz.

Bu iki ölçek arasındaki negatif yöndeki korelasyon sayesinde içten denetimli bireylerde yüksek öğrenilmiş güçlülük durumu bekleyebiliriz. Yani var olan sonuçlara

karşı “iç kontrol”, “kendi davranışlarımdan, başıma gelenlerden ben sorumluyum” inancı olduğu için, kişinin bu inanç doğrultusunda, karşılaşılabileceği güçlükleri aşabilmesine imkan verecek şekilde, kendini çok sayıda başa çıkma stratejisi ile (yüksek öğrenilmiş güçlülük) donatma eğiliminde olabileceği düşünülebilir.

Yüksek öğrenilmiş güçlülüğün içsel kontrol inançla bağlantılı olabileceği yolundaki kuramsal görüşlerin yanı sıra, bu bağlantıyı açık olarak koyan araştırmacılar vardır. Dağ (1991a) üniversite öğrencileri ile yürüttüğü bir çalışmada, öğrenilmiş güçlülük puanları ile kontrol odağı inancı puanları arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon olduğunu bildirmiştir. Baydoğan ve Dağ (2008) ve Hoffart and Martinsen (1990) yaptıkları çalışmalarda da aynı sonuca ulaşmışlardır.

Araştırmanın soruları arasında yer alan “Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları ve stresle baş etme becerileri arasında herhangi bir ilişki var mıdır?” sorusuna cevap olarak böyle bir ilişki vardır fakat araştırmamız için bu durum istatistiksel olarak söz konusu değildir yanıtını verebiliriz.

Çoruh (2003) tarafından yapılan çalışmada, denetim odağı ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki incelenmiş; denetim odağı ile stresle başa çıkma stratejileri arasında bir ilişki saptamıştır. Dıştan denetimlilerin “dine sığınma” ve “dış yardım arama”, içten denetimlilerin ise “aktif planlama” ve “kabul bilişsel yeniden yapılanma” stratejisini daha çok kullandıkları ortaya çıkarmıştır.

Dağ (1992) kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkilerini incelemiştir. Çalışmasını 532 üniversite öğrencisi ile yürüten Dağ, verilerin analizi sonucunda araştırmasında kullandığı kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük değişkenlerinin uç gruplarının genel belirti puanları üzerinde oluşturdukları esas etkiler ayrı ayrı anlamlıken, ortak etkisi anlamlı bulmamıştır.

Uğurlu ve Ekinci (2007) hemşireler üzerine yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi öğrenilmiş güçlülük puanları ile kontrol odağı inancı puanları arasında negatif yönde olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulamamıştır. Çetin ve arkadaşlarının (2008) beden eğitimi öğretmenleri ile yaptığı çalışma ise bu duruma verilebilecek diğer bir örnektir.

Demir (1998), stresle başa çıkma stratejilerinden problem çözme davranışı ve sosyal destek arama ile dışsal denetim odağı düzeyi arasında negatif; stresle başa çıkma stratejilerinden kendini suçlama davranışı ve kaçınma davranışı ile dışsal denetim odağı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulmuştur. Beyaz (2001) tarafından yapılan araştırmada ise stresle başa çıkma stratejilerinden problem çözme ve sosyal destek arama davranışları ile dışsal denetim odağı düzeyleri arasında negatif, içsel denetim düzeyi arasında ise pozitif; stresle başa çıkma stratejilerinden kaderci yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kaçınma yaklaşımı ile içsel denetim düzeyi arasında negatif, dışsal denetim düzeyi arasında ise pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur (Aktaran: Çetin ve arkadaşları, 2008).

Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal bir tepkidir (Özyurt, 2009). Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların almasıdır. Umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, üzüntü, keder, karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşünceleri içeren özellikler bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Özmen, 1997). Stres ise organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümü olması nedeni ile depresyon ve öfke duygusunu da içerisine barındırdığını düşünebiliriz. Şükrü ve arkadaşları (2004) zihinsel ve/veya bedensel engeli olan çocukların anneleri ile yaptığı çalışmada , örneklem gurubunun anksiyete, depresyon ve stres düzeylerini incelemiş, ruhsal olarak engelli çocuğu olmayan annelere göre olumsuz etkilendiklerini bulunmuştur. Bu sonuç anksiyete ve depresyonun olumsuz yönde değişmesi stres durumunu da olumsuz etkilediğini göstermektedir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon tanılı hastaların denetim odakları ve stresle baş etme becerilerinin incelenmesi amacıyla karşılaştırılmalı tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada;

- Hipertansiyon hastalarının yaş ortalaması 53,29 yaş olup, %52,3'ü erkek, %76,7'si evli, %27,9'u ilkokul mezunu, %26,7'si ev hanımı ve %47,7'sinin gelir durumu düşüktür.

- Hipertansiyon hastalarının hipertansiyon hastalığı süresi ortalaması %7,38 yıl olup, %88,4'ünün tanısı doktoru tarafından söylenmiş ve %82,6'sı hastalığı için tedavi oluyor. Tedavi olanların %%88,4'ü tedavisi için ilaç kullanıyor ve bunların %82'9'u ilaçlarını düzenli olarak kullanıyor. Hipertansiyon hastalarının %68,6'sı hastalık nedenleri stresli bir hayatlarının olmasına bağlıyor, hastaların%60,5'i ise hipertansiyonu kötü bir hastalık olarak algılıyor.

- Araştırma verilerinin analizi sonucunda hipertansiyon tanılı hastaların denetim odağı puanları ile öğrenilmiş güçlülük puanları arasındaki fark sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu) göre incelendiğinde anlamsız bulundu. Bu anlamsızlığa karşın hipertansiyon tanılı kadınlar dış denetim odaklı olup stresle baş edebilme becerileri düşüktür. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireyler iç denetim odaklı olup ve öğrenilmiş güçlülük seviyeleri yükselmektedir. Gelir durumu yüksek olan bireyler ise iç denetimli olup yüksek öğrenilmiş güçlülüğe sahiptirler.

- Hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hastalığına ilişkin verilerinde bireylerin ilaç kullanım durumuna göre denetim odağı ve öğrenilmiş güçlülük ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olmasına rağmen hipertansiyon hastalığı için ilaç kullanan hastalar iç denetim odaklı olup yüksek öğrenilmiş güçlülüğe sahiptirler. Bu hastaların ilaçlarını düzenli kullananlar anlamlı derecede iç denetimli olup öğrenilmiş güçlülükleri yüksektir.

- Hipertansiyon hastalığı nedenini stresli bir hayatının olmasına bağlayan hastalar iç denetim odaklıdır.

- Hastalığı hakkında eğitim alan hipertansiyon tanılı hastalar iç denetim odaklı olup öğrenilmiş güçlülükleri yüksektir ve hastalığı hakkında yeterli bilgisinin olduğunu düşünenler de iç denetim odaklıdır.

- Hipertansiyon hastalığı hakkında hemşireler hastalara eğitim vermemektedirler.

- Araştırmada kullanılan RIDKOÖ ve RÖGÖ ölçeklerinin puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $r:-0.03$  ,  $p>0.05$ ).

### **Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;**

- Hipertansiyon tanılı hastaların hemşirelik bakımı planlanırken; dıştan denetim odaklı hastaların tedavisine uyum sağlamadığı, ilaçlarını düzenli kullanmadığı ve öğrenilmiş güçlülük seviyelerinin düşük olduğu durumu göz önünde bulundurarak hastaların hastalık süreci hakkında daha kapsamlı bilgilendirilmesi ve tedaviye uyum konusunda farkındalık oluşturulması,

- Hipertansiyon tanılı hastaların hipertansiyon hakkında bilgileri değerlendirilerek gerekli eğitimin yetkili sağlık personelleri tarafından verilmesi,

- Hipertansiyon tanılı hastalara stres ile hipertansiyon arasındaki ilişki anlatılarak, stres ile baş etme konusunda yetkili sağlık personelleri tarafından eğitim verilmesi önerilebilir.



## 9. KAYNAKLAR

Altun B., Arıcı M., Nergizoğlu G., Derici Ü., Karatan O., Turgan Ç., Sindel Ş., Erbay B., Hasanoğlu E., Çağlar Ş. (2005) And for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases, Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the Patent Study) 2003 , Journal of Hypertension, 23(10): 1817-1823.

Ardahan M.(2003) Hemşirelerin Savunuculuk Rolü, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2).

Aydın A. (2005) Hemşirelik Ve Mizah, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1).

Aydın H. (2007) Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz)

Bakar M.S. (2006) Kardiyovasküler Hastalıkları İkincil Korunması Mevcut Durumun Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Danışman: Dr. Salih Murat Bakar)

Batlaş A., Batlaş Z. (1993) Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitapevi, İstanbul.

Baltaş Z. (2002) Verimli İş Hayatının Sırrı: Stres, Remzi Kitapevi, İstanbul.

Baydoğan M., Dağ İ. (2008) Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasın da Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi, Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1):19-28.

Bayram G., Okay T., Dilbaz N., Açıkgöz G. (1999) Sivil savunma Birliği Çalışanlarında Kaygı, Umutsuzluk ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri ve Post Travmatik Stres Bozukluğu Sıklığı, Kriz Dergisi, 10(1):1-9.

Bilir N. (1992) Hipertansiyonun Toplumsal Önemi ve Korunma, Hipertansiyon Bülteni, 2(4):55-58.

Braham B.J. (1998) Stres Yönetimi, Ateş Altında Sakin Kalabilmek, Çeviren: Şansoy V., Diker G., Hayat Yayınları, İstanbul.

Cüceloğlu D. (1994) İnsan ve Davranışı; Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul, s:329.

Çelik C., Özdemir B. (2010) Psychological Factors İn Essential Hypertension , Current Approaches In Psychiatry, 2(1):5265.

Çetin M. Ç., Çağlayan H. K., Erkmn N. (2008) Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Denetim Odağı Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişki, S.Ü. BES Bilim Dergisi, 10(2):31–39.

Çoruh Y. (2003) Denetim Odağı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

Dağ İ. (1991a) Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ)' nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği, Psikoloji Dergisi, 7(6):10-15.

Dağ İ. (1991b) Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin (RÖGÖ) Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliliği ve Geçerliliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2:269-274.

Dağ İ. (1992) Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Psikopatoloji İlişkileri, Psikoloji Dergisi, 7( 27).

Demir N. (1998) Stresle Başa Çıkma Stratejileri ile Denetim Odağı Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Grup Lise Öğrencisi Üzerinde Yapılan Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Dönmez A. (1983) Denetim Odağı (Locus of Control) ve Çevre Büyüklüğü, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 16(1):37-47.

Dönmez A. (1985) Denetim Odağı (Locus of Control) , Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 18(1):31-45.

Dönmez A. (1986) Denetim Odağı: Temel Araştırma Alanları, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 19(1):259-280.

Erdoğan İ. (1999) İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul.

Erkek N., Özgür G., Gümüş A. B. (2006) Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları, C.U. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(2):9-17.

Erkmen N., Çetin M. Ç. (2007) Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Denetim Odağının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(1):211-223.

Erkuş A. (2005) Bilimsel Araştırma Sarmalı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s:137.

Eryonucu B., Sayarlıoğlu M., Bilge M., Güler N., Erkoç R., Dilek İ. (1999) Van İli ve Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi, Van Tıp Dergisi, 6(4):11-14.

Gültekin G., Baran G. (2005) 9-14 Yaş Grubu Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı Düzeylerinin İncelenmesi, Türk Pediatri Arşivi, 40:211-20.

Güçlü N. (2001) Stres Yönetimi, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(1):91-109.

Hacıalıoğlu N., Güraksın A., İnandı T. (1999) Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi 30 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve İlgili Etmenler, Klinik Tıp Bilimleri, 19:200-208.

Hacıhasanoğlu R. (2009a) Treatment Compliance Affecting Factors İn Hypertension, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(2):167-172.

Hacıhasanoğlu R. (2009) Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi- No 4, s:12.

Hargreaves G. (1999) Stresle Bas Etmek, Çeviren: Ali Cevat Akkoyunlu, Doğan Kitap, İstanbul.

Hoffart A. and Martinsen E.W. (1990) Agorahobia, Depression, Mental Health Locus of Control, and Attributional Styles, Cognitive Therapy and Research,14:343.

Hovardaoğlu S. (1997) Stres Belirtileri ile Durumsal ve Sürekli Kaygının Yordanması, Kriz Dergisi 5(2):127-134

Işıkhan V. (2004) In Work Life Stres, Sandal Yayıncılık,Ankara.

Joint National Committee On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure (1997) The Sixth Report of the Joint National Committee On Prevention, Detection And Treatment Of High Blood Pressure (JNC VI), Arch Intern Med , 157:2413-46.

Kahn, Howard, Cooper, Cary L. (1993) Stress in the Dealing Room , High Performers Under Pressure , London.

Kapıkıran N.A., (2007) Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(34): 50-53.

Kayahan M., Sertbaş G. (2007) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:52-61.

Koruk İ., Şahin T.K., Demir L.S. (2007) Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı bölgesindeki 49 yaş grubu ev kadınlarında hipertansiyon prevalansı, farkında olma, tedavi ve kontrol altına alma durumu, TSK Koruyucu Hekimlik Dergisi, 6(1):51-58.

Lip G. (2006) Hipertansiyon Tedavisi El Kitabı,, Çeviren: Veday Sansoy, Current Medicine Group Ltd.

Orth-Gomer K. (2007) Psychosocial And Behavioral Aspects Of Cardiovascular Disease Prevention İn Men And Women, Curr Opin Psychiatry, 20:147-151.

Öksüz E. (2004) Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(3):99.

Özmen E. (1997) Genel Tıpta Depresyon, Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:16-117.

Özmutaf N.M. (2006) Örgütlerde İnsan Kaynakları ve Stres: Ampirik Bir Yaklaşım, E.Ü. Su Ürünleri Dergisi, 23(1-2):75–81I.

Özyurt B. E. (2009) Öfke ve Öfke ile Baş Etme Yolları ,İzmir Özel Saint-Joseph Fransız Lisesi, II.Psikolojik Danışman, Öğretmen Veli ve Öğrenci Bilgilendirme-Yönlendirme Sempozyumu, İzmir, 54.

Pehlivan İ. (1995) Yönetimde Stres Kaynakları, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Pegem Yayınları, Ankara.

Pektekin Ç. (1992) Psikiyatri Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, 17.

Rowshan A. (2003) Stres Management, Çeviren: Şahin Cüceloğlu, Sistem Yayıncılık, Ankara, s:221.

Rosenbaum M.A. (1980) A Schedule for Assessing Self-Control Behaviors: Preliminary findings, Behavior Therapy, 11:109-121.

Rotter J.B. (1966) Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement, Psychological Monographs, 80:1-28.

Sabuncu N., Babadağ K., Taşocak G., Atabek T. (1996) Hemşirelik Esasları, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, 16-18.

Sağlıker Y. (1999) III. Milenyumda Hipertansiyon ve Modern Tedavisi, Adana.

Savaşır I., Şahin N.H. (1997) Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s:86-97.

Şahin N. (1998) Stresle Başa Çıkma; Olumlu Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Şeftali S. (2009) “Stres, Yüksek Tansiyonu Tetikleyen En Önemli Unsur”, Zaman Gazetesi,12 Eylül.

Tabak R.S., Akköse K. (2006) Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2).

Tarhan N. (1989) Stres ve Hastalıklar, I. Stres Sempozyumu, İstanbul.

Tayyareci Y. (2006) Kardiyolojide Tanı Ve Tedavinin Esasları, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, s:97.

Tully A. (2004 ) Stres Source of Stresband Ways of Coping Among Psychiatric Nursing Students, Journal of Pshchiatric and Mental Health Nursing, 11:43-47.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2009), “Türkiye’nin Tansiyonu Ölçüyoruz” Projesi, İstatistik Analiz Raporu

Türk Kardiyoloji Derneği (2007), Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon, Hemşirelik Bakım Kılavuzu, İstanbul, 59-65.

Uğurlu N., Ekinci M. (2007) Hemşirelerde Kontrol Odağı İnancı ile Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme Durumları Arasındaki İlişkiler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 23(2):117-130.

Uğuz Ş., Toros F., İnanç B.Y., Çolakkadıoğlu O. (2004) Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete-Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi, Klinik Psikiyatr, 7(2):47.

Ural D. (2010) Kadınlarda Klinik Çalışmaların Değerlendirilmesi, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 38(1):57-64

Ünalın P.C., Çiftçili S., Uzuner A., Akman M. (2005) Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 9(4):153-158

Vedat Sansoy (2010) (ed), Supplementum, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi-No:1, Metrix Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul.

Wilkinson I.B., Waring W.S., Cockcroft J.R. (2003) Hypertension; Your Questions Answered, Churchill Livingstone, Toronto.

Yazıcı K., Yazıcı E.A. (2003) Kardiyovasküler Hastalıklarda Psikososyal Risk Etkenleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:106-112.

Yurdakul S., Aytakin S. (2010) Kadınlarda Hipertansiyon, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,38(1):25-29

## **10. EKLER**

**EK 1:** Tanıtıcı Bilgi Formu

**EK 2:** Rotter Denetim Odağı Ölçeği ( RIDKOÖ )

**EK 3:** Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)

**EK 4:** İ.Ü.K.E. Kurumundan alınan izin



## EK-1

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Denetim Odakları Ve Stresle Başetme Becerilerinin İncelenmesi amacıyla planlanmıştır.  
Soru formundaki cevaplarınız araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır.  
Bu araştırmaya katılarak bilimsel bir çalışmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

**İstanbul Üniversitesi  
Kardiyoloji Enstitüsü  
Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi  
Mücella İSMAİLOĞLU**

### TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz

1) Kadın ( )                      2) Erkek ( )

2. Yaşınız : .....

3. Medeni Durumunuz:

1) Evli                      2) Bekar                      3) Dul

4. Eğitim Durumunuz:

1) Okur-yazar değilim                      2) Okur-yazar                      3) İlkokul mezunu  
4) Ortaokul mezunu                      5) Lise mezunu                      6) Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz:

1) Serbest meslek                      2) Memur                      3) Emekli  
4) Esnaf                      5) Ev Hanımı                      6) İşsiz

6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) Düşük ( )                      2) Orta ( )                      3) Yüksek ( )

7. Doktorunuz tarafından hipertansiyon hastası olduğunuz söylen dimi?

1) Evet ( )                      2) Hayır ( )

8. Ne kadar süredir hipertansiyon hastasıdır?

.....

9. Hipertansiyon hastalığınız için tedavi görüyor musunuz?  
1) Evet ( )                      2) Hayır ( )
10. 9. soruya cevabınız ‘ Evet ’ ise kaç yıldır tedavi görüyorsunuz ?  
.....
11. Hipertansiyon hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz?  
1) Evet ( )                      2) Hayır ( )
12. 11. soruya cevabınız ‘ Evet ’ ise ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?  
1) Evet ( )                      2) Hayır ( )
13. Sizce hipertansiyon hastası olmanızın nedeni nedir?  
a)Stresli bir hayatımın olması  
b)Kalıtsal  
c)Beslenme tarzım  
d)Diğer (açıklayınız) .....
14. Hipertansiyon sizce kötü bir hastalık mı?  
1) Evet ( )                      2) Hayır ( )                      3) Kısmen ( )
15. Hipertansiyon hastalığınız hakkında bir eğitim aldınız mı?  
1) Evet                      2) Hayır
16. 15.soruya cevabınız ‘Evet’ ise hipertansiyon hakkında kimden eğitim aldınız?  
.....
17. Hastalığınız hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?  
1) Hiç bilgim yok.  
2) Biraz bilgim var.  
3) Yeterli bilgiye sahibim.

## ROTTER DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ ( RİDKOÖ )

Bu anket, bazı önemli olayların insanları etkileme biçimlerini bulmayı amaçlamaktadır. Her madde 'a' ya da 'b' harfiyle gösterilen iki seçenek bulundurmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinden sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz ve bir yuvarlak içine alınız.

Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünü veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir; bunun için 'doğru' ya da 'yanlış' cevap söz konusu değildir.

Bazı maddelerde her iki cümleye de inandığınızı ya da hiç birine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda, size en uygun olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

1. a) Ana babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar çok problemlili oluyor.  
b) Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından fazla serbest bırakılmalarıdır.
2. a) İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu biraz da şanssızlıklarına bağlıdır.  
b) İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.
3. a) Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.  
b) İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.
4. a) İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görürler.  
b) İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
5. a) Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.  
b) Öğrencilerin çoğu, notların tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.
6. a) Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.  
b) Lider olamayan yetenekli insanlar, fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
7. a) Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.  
b) Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.

8. a) **İnsanın kişiliğinin belirlenmesinden en önemli rolü kalıtım oynar.**  
b) **İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.**
9. a) Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sıklıkla tanık olmuşumdur.  
b) Ne yapacağıma kesin karar vermek, kadere güvenmemekten daima daha iyidir.
10. a) **İyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz,**  
b) **Sınav sorulan derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki çalışmanın anlamı kalmıyor.**
11. a) Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda ya hiç ya da çok küçük payı vardır.  
b) İyi bir iş bulmak, temelde doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.
12. a) **Hükümetin kararlarında sade vatandaş da etkili olabilir.**  
b) **Bu dünya güç sahibi birkaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konu da yapabileceği fazla bir şey yoktur.**
13. a) Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.  
b) Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü bir çok şey zaten iyi yada kötü şansa bağlıdır.
14. a) **Hiçbir yönü iyi olmayan insanlar vardır.**  
b) **Herkesin iyi bir tarafı vardır.**
15. a) Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.  
b) Çoğu durumda, yazı tura atarak da isabetli kararlar verebiliriz.
16. a) **Kimin patron olacağı genellikle, doğru yerde ilk önce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.**  
b) **İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur yada çok azdır.**
17. a) Dünya meseleleri söz konusu olduğunda çoğumuz, anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyız.  
b) İnsanlar, siyasal ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.
18. a) **Birçok insan, rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.**  
b) **Aslında “şans” diye bir şey yoktur.**
19. a) İnsan, hatalarını kabul edebilmelidir.  
b) Genelde en iyisi insanın hatalarını örtbas etmesidir.

20. a) **Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur.**  
b) **Kaç arkadaşınızın olduğu, ne kadar iyi olduğuna bağlıdır.**
21. a) Uzun vadede yaşamımızdaki kötü şeyler, iyi şeylerle dengelenir.  
b) Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ya da her üçünün birden sonucudur.
22. a) **Yeterli çabayla siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabiliriz.**  
b) **Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur**
23. a) Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anlamıyorum.  
b) Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlandı vardır.
24. a) **İyi bir lider, ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.**  
b) **İyi bir lider herkesin görevinin ne olduğunu bizzat belirler.**
25. a) Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hissedirim  
b) Şans ya da talihin yaşamında önemli bir rol oynadığına inanmam.
26. a) **İnsanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.**  
b) **İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, sizden hoşlanırsa hoşlanırlar.**
27. a) Okullarda atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.  
b) Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.
28. a) **Başıma ne gelmişse kendi yaptıklarımdandır.**  
b) **Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazen yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum.**
29. a) Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlamıyorum.  
b) Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareden uzun vadede halk sorumludur.

### EK-3

## ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı daire içine alınız.

- (1). Hiç tanımlamıyor.      (2). Biraz tanımlıyor.      (3). Oldukça iyi tanımlıyor.  
(4). İyi tanımlıyor.      (5). Çok iyi tanımlıyor.

İFADELER	Sizi Ne Kadar Tanımlıyor				
	Hiç				Çok İyi
1. Sıkıcı bir iş yaparken, işin en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Kendimi bedbin (üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.Okuduğum şeye kendimi veremediğimi fark ettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olmayan her şeyi ortadan kaldırıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

İFADELER	Sizi Ne Kadar Tanımlıyor				
	Hiç				Çok İyi
12.Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.Beni sıkın bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.Bedbin (üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar ararım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, "Dur, bir şey yapmadan önce düşün" derim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

İFADELER	Sizi Ne Kadar Tanımlıyor				
	Hiç				Çok İyi
29.Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35.Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenemediğim olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36.Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



EK-4



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ



Sayı : B.30.2.İST.051 0000 -576  
Konu :

İstanbul, 19.10.2009

**İ. Ü. KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Mücella İSMAİLOĞLU'nun, Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Hipertansiyon Tanısı Almış Olan Hastaların Denetim Odağı ve Stresle Baş Etme Becerileri" konulu araştırmasının anketlerini Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Zerrin YİĞİT  
Kardiyoloji Anabilim Dalı  
Başkanı

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Kardiyoloji Enstitüsü  
Geldiği Tarih 19.10.09  
Sayı 2450

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı** : Mücella İsmailoğlu  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Rize / 15.12.1985  
**Medeni Hali** : Bekar  
**Yabancı Dil** : İngilizce  
**E-posta Adresi** : [ucella@windowslive.com](mailto:ucella@windowslive.com)

### Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Lise</b> : Cibali Lisesi (Y.D.A)	2004
<b>Lisans</b> : Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2008

### İş Tecrübesi

Görev	Süre
İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi Ocak 2009 - Temmuz 2010
Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi	Temmuz 2010 - Halen

### Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

\*Psikiyatri Hemşireleri Derneği  
\*Türk Kardiyoloji Derneği  
\*Türk Hemşireler Derneği  
\*Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği.

### Bildiriler / Yayınlar

\* Işıl, Ö., Oğuz, A., Gözleten, D., İsmailoğlu, M., Karadelioğlu, P., Tekmen, Y., Çocuk ruh sağlığına yönelik hizmet alanlarını gözden geçirme, III. Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, s:335, 2009.

### Sertifikalar / Kurs Belgeleri

\* Psikodrama ve Farkındalık Kursu, III. Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Prof.Dr. Olcay Çam ve Yrd.Doç.Dr. Esra Engin, 2009, Düzce.