

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMİPLEJİ HASTALARINDA DENETİM ODAĞI VE
STRES İLE BAŞAÇIKMA YOLLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nazende ŞAKA**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER**

İstanbul – 2014

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMİPLEJİ HASTALARINDA DENETİM ODAĞI VE
STRES İLE BAŞAÇIKMA YOLLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nazende ŞAKA**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER**

İstanbul – 2014

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

...Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi ...Nazende SAKA..... tarafından hazırlanan
“...Hemipleji Hastalarında Denetim Odaklı ve Stres ile Başa Çıkma.....
...Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....”
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi 23.06.2014

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

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER

Danışman: Halic Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Aslı TASÖREN

Halic Üniv. İ. M. T. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Selman BILGIN

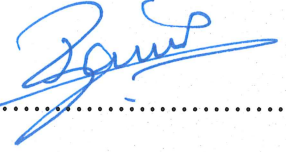
Halic Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

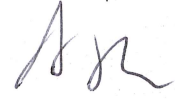
Jüri Üyesi:

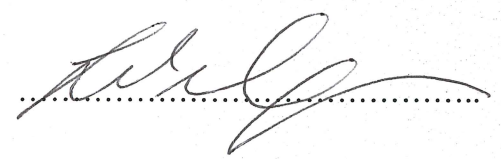
..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)







TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde motivasyonumu üst düzeyde tutan, eleştiri ve tavsiyeleriyle katkıda bulunarak tezimin bilimsel temeller ışığındaki son halini almasını sağlayan sayın danışmanım **Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER**'e;

Araştırmamın yapılacağı yerler konusunda yardımcı olan **Yrd. Doç. Dr. Nurgül ELBAŞI**, **Uzm. Dr. Evrim COŞKUN ÇELİK** ve **Fizyoterapist Neslihan LONCA** ile şahsıma her zaman güler yüz gösteren tüm **Bayrampaşa Belediyesi Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezi çalışanlarına**;

Araştırmama katılarak fikirlerini paylaşan ve zamanlarını sabırla ayıran tüm **hasta ve yakınlarına**;

Araştırmanın İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması için gerekli izni veren **İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**'ne;

Lisans ve yüksek lisans sürecimde verdiği başarı bursu ile destek olan **TÜBİTAK-BİDEB**'e;

Mesleki tecrübelerini paylaşarak beni destekleyen **Uzman Psikolog Mehtap ALPAK** ve **Uzman Pedagog Sezen TEKİN BAŞ**'a;

Araştırmamın zorlukları karşısında umutsuzluğa kapıldığım anlarda beni cesaretlendiren sevgili arkadaşım **Psikolog İraz SARAÇ**'a, tıp alanında kaynak ve bilgilerini paylaşan arkadaşım **Dr. Zeynep Nur GÜLLE**'ye;

Tez sürecimde ilgi ve alaka gösteren **Arife ŞAKA** ve **Mustafa ŞAKA** başta olmak üzere tüm **akrabalarım**;

Bugüne kadar beni koşulsuz sevgiyle yetiştiren, hayatımın her anında olduğu gibi bu dönemde de destek ve dualarını esirgemeyen annem **Hatice KARAGÖZ** ve babam **Ömer KARAGÖZ**'e;

Ablaları olduğum için hep gururlandığım ve şanslı hissettiğim, tez sürecinde her türlü nazımı çeken en kıymetli varlıklarım güzel kardeşlerim **Rabia**, **Esmâ** ve **Sena**'ya;

Varlığıyla mutluluğumuzu daha da arttıran canım kızım **Zeynep**'ime ve yoğun çalışma dönemimde bana gösterdiği anlayış ve aşk için canım **Yücel**'ime tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KISALTMALAR	IV
TABLO LİSTESİ	V
ÖZET	VII
SUMMARY	VIII
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.2.1. Alt Amaçlar	3
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.3.1. Sayıtlılar	7
1.3.2. Sınırlıklar	7
1.3.3. Tanımlar	7
BÖLÜM II	9
İLGİLİ LİTERATÜR	9
2.1. Hemipleji	9
2.1.1. Epidemiyolojisi	10
2.1.2. Belirti ve Bulguları	10
2.1.3. Hemiplejide Mortalite	11
2.1.4. Hemiplejiye Yönelik Tıbbi Müdahaleler	11
2.1.5. Hemiplejide Risk Faktörleri	11
2.1.6. Hemiplejide Prognoz	12
2.1.7. Hemiplejide Tedavi ve Rehabilitasyon	12
2.1.8. Hemiplejide Sonrası Görülen Komplikasyonlar	13
2.1.9. Hemipleji Ve Ruhsal Sorunlar	14
2.2. Denetim Odağı	15
2.3. Stres	23
2.4. Başa Çıkma	25
2.5. İlgili Çalışmalar	31
2.5.1. Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar	32
2.5.2. Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar	33
BÖLÜM III	37
YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Modeli	37
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.3. Veri Toplama Araçları	38
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	38
3.3.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	39
3.3.3. Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	40

3.4. Verilerin Toplanması	41
3.5. Verilerin Çözümlemesi	41
BÖLÜM IV	43
BULGULAR VE YORUM	43
4.1. Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	43
4.2. İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	48
4.3. Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	49
4.4. Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	50
4.5. Beşinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	53
4.6. Altıncı Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	54
4.7. Yedinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	56
4.8. Sekizinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	59
4.9. Dokuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	62
4.10. Onuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	63
4.11. On Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	64
4.12. On İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	65
4.13. On Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	66
4.14. On Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	67
4.15. On Beşinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	69
4.16. On Altıncı Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	71
4.17. On Yedinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	73
4.18. On Sekizinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	75
4.19. On Dokuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	76
4.20. Yirminci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	78
4.21. Yirmi Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	80
4.22. Yirmi İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	83
4.23. Yirmi Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	83
4.24. Yirmi Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	85
4.25. Yirmi Beşinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	86
4.26. Yirmi Altıncı Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	88
4.27. Yirmi Yedinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	88
4.28. Yirmi Sekizinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	90
4.29. Yirmi Dokuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	92
4.30. Otuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	94
4.31. Otuz Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	96
4.32. Otuz İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	96
4.33. Otuz Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	97
4.34. Otuz Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum	98
BÖLÜM V	100
SONUÇ VE ÖNERİLER	100
5.1. Sonuç	100
5.2. Öneriler	108
5.2.1. Uygulamacılar İçin Öneriler	108
5.2.2. Araştırmacılar İçin Öneriler	108
KAYNAKLAR	110
EKLER	119
EK 1: Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu	120
EK 2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	121
EK 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	123
EK 4: Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	125

EK 5: Uygulama İçin Gerekli İzin	128
EK 6: Etik Kurul Onayı.....	129
ÖZGEÇMİŞ	130

KISALTMALAR

- RİDKOÖ** : Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği
SBTÖ : Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği
SVO : Serebrovasküler Olay
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 4.1.1. Hemipleji Hastalarının Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı	43
Tablo 4.1.2. Hemipleji Hastalarının Sorun Yaşadıkları Davranışlarına Göre Dağılımı	47
Tablo 4.2.1. Hemipleji Hastalarının Denetim Odağına Göre Grubun Dağılımı	49
Tablo 4.3.1. Hemipleji Hastalarının SBTÖ'den Aldığı Puanların Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları	49
Tablo 4.4.1. Hemipleji Hastalarının SBTÖ ve RİDKOÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	50
Tablo 4.4.2. Hemipleji Hastalarının Cinsiyeti ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	51
Tablo 4.5.1. Hemipleji Hastalarının Yaşları ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	53
Tablo 4.6.1. Hemipleji Hastalarının Medeni Durumu ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	55
Tablo 4.7.1. Hemipleji Hastalarının Eğitim Düzeyi ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	57
Tablo 4.8.1. Hemipleji Hastalarının Meslekleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	60
Tablo 4.9.1. Hemipleji Hastalarının Gelir Düzeyleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	62
Tablo 4.11.1. Hemipleji Hastalarının Felç Geçirme Sayısı ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması Tablo 12.....	64
Tablo 4.13.1 Hemipleji Hastalarının Tedavi Şekilleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	66
Tablo 4.14.1. Hemipleji Hastalarının Tedavi Süreleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	68
Tablo 4.15.1 Hemipleji Hastalarının Hastalıklarıyla İlgili Eğitim Alma ve Kimden Alma Durumları ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	70
Tablo 4.16.1. Hemipleji Hastalarının Hastalığıyla İlgili Bilgi Düzeyleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	72
Tablo 4.17.1 Hemipleji Hastalarının Hemipleji Türleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	74

Tablo 4.18.1. Hemipleji Hastalarının Konuşma Bozukluğu ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	75
Tablo 4.19.1 Hemipleji Hastalarının Bakım Verenleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	77
Tablo 4.20.1 Hemipleji Hastalarının Başka Bir Hastalığının Olması ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	79
Tablo 4.21.1. Hemipleji Hastalarının Felç Geçirme Nedeni ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	81
Tablo 4.23.1 Hemipleji Hastalarının Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferlerde Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	83
Tablo 4.24.1. Hemipleji Hastalarının Kendi Bakımında Yaşadığı Sorun İle SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	85
Tablo 4.25.1 Hemipleji Hastalarının Klozete Oturup Kalkmada Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	87
Tablo 4.27.1. Hemipleji Hastalarının Düzgün Yüzeyde Yürümede Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	89
Tablo 4.28.1 Hemipleji Hastalarının Tekerlekli Sandalye Kullanmada Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	91
Tablo 4.29.1. Hemipleji Hastalarının Merdiven İnip Çıkmada Yaşadığı Sorun İle SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	93
Tablo 4.30.1. Hemipleji Hastalarının Giyinip Soyunmada Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	95
Tablo 4.33.1. Hemipleji Hastalarının İç Denetimli ya da Dış Denetimli Olması ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	97
Tablo 4.34.1. Hemipleji Hastalarının SBTÖ ve RİDKOÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	99

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Nazende ŞAKA
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – 2014

HEMİPLEJİ HASTALARINDA DENETİM ODAĞI VE STRES İLE BAŞAÇIKMA YOLLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

İnsanın hayatına beklenmedik bir anda giren bir hastalık onu hem fiziksel açıdan hem de psikososyal açıdan olumsuz etkiler. Karşılaşılan hastalığın sebebi ile ilgili kendisinin bir etkisinin olup olmadığı ya da çevresel etmenlerden mi kaynaklandığı fikri, o durumla başa çıkabilmek için önemli bir faktördür. Bu amaçla bu çalışmada hemipleji hastalarında denetim odağı ve stres ile başa çıkma yolları arasındaki ilişki incelenmiştir. Aynı zamanda çeşitli sosyo-demografik değişkenler, hastalığa ilişkin bilgiler ve günlük hayatta sorun yaşadıkları davranışlar açısından da bakılarak; bu değişkenlerin denetim odağı ve stresle başa çıkma yolları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmaya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bayrampaşa Belediyesi Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezi'nde tedavi görmekte olan 72 felç ya da inme olarak da bilinen hemipleji hastası katılmıştır. Verileri toplamak için Sosyo-demografik Bilgi Formu, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonunda yapılan Pearson korelasyon analizinde Rotter'in İç-Dış Denetim Odağı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Ancak iç denetim odaklı hemipleji hastalarının stresle başa çıkarken kendine güvenli yaklaşım, dış denetim odaklı hemipleji hastalarının ise çaresiz yaklaşım kullandığı Mann Whitney U testi ile saptanmıştır. Erkek hemipleji hastalarının stresle başa çıkma yollarından kendine güvenli yaklaşımı benimsedikleri; kadın hemipleji hastalarının ise çaresiz yaklaşımı benimsedikleri bulgulanmıştır. Stresle başa çıkma yolları ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, meslek, kaç kez felç geçirdiği, tedavi şekli, kendi belirttikleri felç geçirme sebepleri, kendi bakımını yapabilme, merdiven inip çıkabilme, giyinip soyunabilme değişkenleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Denetim odakları ile medeni durum ve tedavi süresi arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemipleji, İnme, Denetim Odağı, Stres, Stres ile Başa Çıkma

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Nazende ŞAKA
Field : Psychology
Program : Applied Psychology
Supervisor : Assit. Prof. Dr. Z. Banu SAYINER
Degree Awarded and Date : Master – 2014

THE RELATIONSHIP BETWEEN LOCUS OF CONTROL AND COPING WITH STRESS IN HEMIPLEGIA PATIENTS

SUMMARY

A sudden, unexpected illness could be detrimental to the life of a person both physically and psychosociologically. One of the most important factors in coping with this illness depends on identifying the causes of the illness such that whether these causes are environmental and external to the person or internal and brought on by the person himself. This study aims to analyse and identify the relationship between locus of control and coping with stress in hemiplegia sufferers. The study uses multiple socio-demographic variables and the daily problems faced by the patients in order to establish these coping mechanisms and the effect of such variables on their efficacy.

Overall 72 sufferers of hemiplegia from İstanbul Physical Therapy Rehabilitation Training and Research Hospital and Bayrampaşa Municipality Physical Therapy and Disabled Rehabilitation Center have been observed. In order to collect the data Socio-demographic Data Form, Rotter's Internal-External Locus of Control Scale and Ways of Coping Inventory have been used.

As a result of the research in the Pearson correlation analysis between Rotter's Internal-External Locus of Control Scale and Ways of Coping scores were not statistically significant. In the Mann Whitney U test results of patients with internal locus of control were found to use self confident approach in coping with stress and patients with external locus of control use helpless approach.

It has been observed that male patients adopt a more self confident approach in coping with stress where as female patients adopt a more fatalistic one.

Significant relationships have been identified between coping with stress and sex, age, level of education, profession, number of strokes, the mode of therapy, self declared reasons of stroke, degree of self sufficiency, use of stairs, ability to dress oneself.

A significant relationship is observed between locus of control and the marital status and the length of therapy.

Keywords: Hemiplegia, Stroke, Locus of Control, Stress, Coping with Stress

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Alışılmış olan hayatına devam eden bir bireyin, beklenmedik bir anda ciddi bir hastalıkla karşı karşıya kalması ve bütün günlük işlevselliğinin bu olaydan etkilenmesi şüphesiz ki onu psikolojik anlamda da etkiler. Ergenlik döneminde gencin yüzünde çıkan bir sivilceden tutun da, yaşlılık döneminde herhangi bir hastalık belirtisi olmayan hafif bir ağrının bile kişiler için ciddi psikolojik stres faktörü olduğu her türlü fiziksel değişim ve hastalık başa çekilmesi gereken bir sorun haline dönüşebilir. Yukarıda sözü edilen ve basit sayılabilecek olan bu örneklerin de ötesinde, hiç beklenmedik bir anda başa gelen olumsuz olaylar; sevilen birinin ölümü, trafik kazası, uzuvların kaybı ve sayısız olaylar insanı derinden etkileyebilir. Bu araştırmada ele alınacak olan konu beklenmedik bir anda ortaya çıkarak kişiyi hem fiziksel hem psikolojik olarak etkileyen hemiplejinin, denetim odağı ve stresle başa çıkma yolları arasındaki ilişkidir.

Hemipleji diğer bir deyişle felç ya da inme, Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre vasküler nedenler dışında görünür bir sebep olmadan, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize bir klinik sendromdur. Bunun sonucunda da hastanın bazı kasları etkilenir. Sinir sistemi hastalıklarının belirtilerinden olan pleji ve parazi nörolojide aynı anlamda kullanılır ve kasların kaybı veya azalmasını belirtir. Hemipleji kelime anlamı itibariyle vücudun yarısında kas kuvvetinin azalması veya kaybolmasıdır. Hemipleji denilince hastanın vücudunun yarısının tutmadığı, kolunu veya bacağı oynatamadığı anlaşılır (Öge, 2011: 9,235).

Gelişmiş toplumlarda hemipleji üçüncü ölüm nedeni ve birinci sakatlık sebebidir. Üstelik hemipleji yalnızca o bireyi değil, çevresindekileri de etkileyen

olumsuz bir durum olması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü kişi uğramış olduğu fiziksel yetersizlikler sonucunda günlük işlevselliğini yerine getiremeyecek hale gelebilmektedir. Bu durumda hastaya sürekli eşlik edebilecek ve bakım verecek birilerinin varlığı kaçınılmaz olmaktadır (Öge, 2011: 296).

Hemiplejik hastada yaşanan bu duruma ya da kayıplara karşı direnç söz konusu olabilir. Yeni durumun oluşturduğu stres hastalığın prognozunu, rehabilitasyonunu, hastanın yaşam kalitesini ve ruh sağlığını etkileyebilir. Hastaların bu olaydan sonra stresle başa çıkma yollarının belirlenmesi ve bu yolların tercih edilme sebebinde rolü olduğu düşünülen denetim odağı kavramı ile birlikte konunun incelenmesi uygun görülmüştür.

Yine hastaların sahip oldukları sosyal destek, sosyoekonomik seviye, günlük fonksiyonel işleri yapabilme kapasitesi ve benzeri gibi daha sonra ayrıntılarıyla belirtilecek olan çeşitli demografik bilgilere göre denetim odağı ve stresle başa çıkma yollarının nasıl etkilendiğinin tespit etmek önem arz etmektedir. Böylece hem hastalar hem aileleri hem de tedavi ekibi için bu bilgilerin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Hastane ortamında hasta ve yakınları için neler olduğunun ve olacağının bilinmesi gidişat için önemli bir etkidir. Hastanın stres verici olan olayın ardından çözüme yönelik tutumları çeşitlilik gösterecektir. Kimi stresle başa çıkma aktif/probleme yönelik, kimi de pasif/duygulara yönelik yöntemler kullanacaktır. Bu yöntemlerin kullanımında hastanın problemi neye atfettiği de önemli bir faktördür. Çünkü tercih edilecek olan yöntem, bu atıfların yönüyle oldukça ilgilidir. Olayların sebeplerine ilişkin atıfları kendine yönelten içten denetimli bireyler olayın çözümlenmesine yönelik davranışlarda bulunurken; dıştan denetimliler talihsizlik, şanssızlık ya da kader diye yorumlayıp çözümü de başkalarından beklerler. Bu araştırmanın amacı da bu noktayla ilgilidir. Bireylerin hastalıklarının sebeplerine dair atfettiği nedenlerin içsel veya dışsal olmasının başa çıkma yolları üzerinde nasıl bir etki yaptığına bakılmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Hemipleji hastalarında denetim odakları ve stres ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkiyi incelemek ana amacıyla yapılan bu çalışmada aynı zamanda çeşitli sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin (cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, kaç kez felç geçirdiği, tedavi durumu,

tedavi süresi, tedavi şekli, hastalığı hakkında eğitim alma durumu, eğitimi kimden aldığı, konuşma bozukluğu yaşaması, hemipleji türü, kimin bakım verdiği, başka bir hastalığı olması, hastalığa atfettiği sebep ve sıralanan davranışlardan hangilerinde sorun yaşadığı; beslenme, tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler, kendine bakım, klozete oturup kalkma, yıkanma, düzgün yüzeyde yürüme, tekerlekli sandalyeyi kullanabilme, merdiven inip çıkma, giyinip soyunma, bağırsak ve mesane bakımı) bilgilerden yararlanılarak bu değişkenlerin denetim odağı ve stresle başa çıkma yolları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olup olmadığına bakılmıştır.

1.2.1. Alt Amaçlar

1- Hemipleji hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgileri ile sorun yaşadıkları davranışlar nasıl bir dağılım göstermektedir?

2- Hemipleji hastaları denetim odaklarına göre nasıl bir dağılım göstermektedir?

3- Hemipleji hastalarının stresle başa çıkmada kullandığı yollar nasıl dağılım göstermektedir?

4- Hemipleji hastalarının cinsiyetleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5- Hemipleji hastalarının yaşları ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

6- Hemipleji hastalarının medeni durumu ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

7- Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

8- Hemipleji hastalarının meslekleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

9- Hemipleji hastalarının gelir düzeyleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

10- Hemipleji hastalarının sosyal güvence durumu ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

11- Hemipleji hastalarının felç geçirme sayısı ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

12- Hemipleji hastalarının tedavi görme durumu ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

13- Hemipleji hastalarının tedavi şekilleri ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

14- Hemipleji hastalarının tedavi süreleri ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

15- Hemipleji hastalarının hastalıklarıyla ilgili herhangi bir eğitim alıp almadığı veya kimden aldığı ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

16- Hemipleji hastalarının hastalığıyla ilgili bilgi düzeyleri ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

17- Hemipleji hastalarının hemipleji türleri ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

18- Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu (afazi) ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

19- Hemipleji hastalarının bakım verenleri ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

20- Hemipleji hastalarının başka bir hastalığının olması ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

21- Hemipleji hastalarının belirttikleri felç geçirme nedeni ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

22- Hemipleji hastalarının beslenme davranışında yaşadığı sorun ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

23- Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağı ve tersi transferlerde yaşadığı sorun ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

24- Hemipleji hastalarının kendine bakım davranışında yaşadığı sorun ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

25- Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

26- Hemipleji hastalarının yıkanma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

27- Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürüme davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

28- Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

29- Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

30- Hemipleji hastalarının giyinip soyunma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

31- Hemipleji hastalarının bağırsak bakımı davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

32- Hemipleji hastalarının mesane bakımı davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

33- Denetim odakları farklı hemipleji hastalarının stresle başa çıkma yolları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

34- Hemipleji hastalarının denetim odakları ile stresle başa çıkma yolları arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Bu araştırmanın amacı hemipleji hastalarında denetim odağı ve stres ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ülkemiz literatüründe hemiplejik hastalarla ilgili çalışmalar genellikle tıbbi bir çatı altında, özellikle fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında yapılmaktadır. Bu durum hastalarla ilgili psikososyal değişkenleri gölgede bırakmaktadır. Denetim odağı ve stresle başa çıkma yolları konusu üzerine yapılan bu araştırmanın, klinik bir örneklem olan hemipleji hastalarında yapılmış olması, hem psikoloji hem tıp alanı açısından önemli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları her zaman tutarlı olmamakla birlikte genel olarak içten denetimlilerin sorunlarını daha kolay kabul ettiklerini, 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: 39).

İsmailoğlu'na (2010) göre denetim odağı farklı olan hipertansiyon hastalarının stres ile başa çıkma yolları farklılaşmasa da; dıştan denetim odaklı hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum sağlamadığı, ilaçlarını düzenli almadığı ve stres ile başa çıkmada etkili yolları sıklıkla kullanmadığı görülmüştür. Öte yandan araştırmacılık ve bilgi toplama özelliğine göre içten denetimli bireyler, kendileri için olumsuz anlam taşısa bile, dıştan denetimli bireylerden daha fazla bilgi edinmektedir. İki grup arasında gözlenen bu farklılık, dıştan denetimli bireylerin daha yetkin kişilere (örn, doktorlara) bağımlılığı daha kolay kabul etmeleri nedeniyle, bilgiye daha az ihtiyaç duymalarından, içten denetimlilerin ise kendi başlarına davranabileceklerine olan inançları nedeniyle, bilgiye daha fazla gereksinim duymalarından kaynaklandığı varsayılmaktadır. Dolayısıyla, içten denetimli bireyler yaptıkları işin gereklerine ilişkin olarak kendi yetenek ve yorumlarına, dıştan denetime inananlardan daha fazla güvenir görünmektedir. Bu durumda içten denetimli bireylerin 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.

Hemipleji hastalarında da durumun buna benzer olup olmadığı, tedavinin gidişatı ve izlenecek yolun belirlenmesi açısından bu araştırmayı önemli kılmaktadır. Bireyler bu durum karşısında hangi tür bir başa çıkma yolu izlemektedir? Araştırma sonuçları tedavinin bir parçası olan bakım veren ve sağlık personeline de yol gösterme özelliği taşımaktadır. Buna göre hastaya hastalığı ile ilgili bir eğitim programı hazırlanmalı mı, stres ile başa çıkma yollarının neler olduğu hakkında bilgi verilmeli mi gibi konulara cevap bulunmuş olması beklenmektedir.

Ayrıca bu araştırmanın hemipleji hastalarının hastalıkları ile ilgili şikayetlerini dile getirebilme ve düşüncelerini paylaşabilme fırsatı vermesi açısından bireysel yararı vardır.

Hemipleji hastalarında denetim odağı ve stres ile başa çıkma yolları konusu üzerine yapılan bu araştırmanın sonuçları farklı başa çıkma yollarının ve kontrol odağı iç ya da dış olan bireylere göre nasıl değişiklik gösterdiğini sunmaktadır. Elde edilen veriler ışığında tedavi için nasıl bir yol izleneceğinin belirlenmesi bilimsel bir yararadır. Tüm bu veriler sonucunda kullanılacak olan yöntemler hiç kuşkusuz toplumun yararına olması ümit edilmektedir.

1.3.1. Sayıtlılar

- 1- Araştırmaya katılan kişiler anketteki sorulara samimi ve içten cevap vermiştir.
- 2- Seçilen örneklem evreni temsil edici durumdadır.
- 3- Araştırmada kullanılan ölçme araçları, araştırmanın amacına yönelik veriler toplama bakımından uygundur.

1.3.2. Sınırlıklar

- 1- Bu araştırma, İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Bayrampaşa Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezi'ndeki anketleri cevaplayabilecek kadar fiziki ve iletişim becerilerine sahip hemipleji hastalarının verileri ile sınırlıdır.
- 2- Bu araştırma, Ocak ve Nisan 2014 tarihleri arasındaki veriler ile sınırlıdır.
- 3- Bu araştırma, denetim odakları ve stres ile başa çıkma yollarını belirlemek için kullanılan ölçeklerdeki sorular çerçevesinde sınırlıdır.

1.3.3. Tanımlar

Başalıkma: Bireyin kaynaklarını aştığı şeklinde değerlendirdiği, belli içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (Baltaş ve Baltaş, 2012).

Denetim Odağı: Rotter'a göre denetim odağı, bireyin kendi davranışları üzerinde kontrole sahip olduğuna veya başkalarının kontrolü olduğuna dair beklentiye sahip olmasıdır (Rotter ve diğ, 1972: 264).

İnme: WHO tanımlamasına göre vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur. (Öge, 2011: 235)

Stres: Selye (1956, 1974) stresi organizmayı etkileyen herhangi bir baskıya karşı organizma tarafından verilen bir tepki olarak tanımlamıştır (Akt. Ersever, 1985).

Pleji, Hemipleji: Vücudun bir bölümünde kas kuvvetinin tam kaybına pleji denir. "Hemi" yarım anlamına gelmektedir ve hemipleji denince vücudun bir

yarısının tutmadığı, hastanın kolunu veya bacağına oynatamadığı anlaşılır (Öge, 2011: 9).

BÖLÜM II

İLGİLİ LİTERATÜR

İnsanlar hastalıkları ile ilgili şans faktörüne ya da çevresel etmenlere atıfta bulunurlarsa veya kendilerini sorumlu olarak görürlerse, hastalıkları ile ilgili daha az ya da daha fazla kontrol sahibi olduklarını mı düşünürler? Eğer öyleyse, ne tür inançlar hastalıkla ilgili daha iyi başa çıkma yolları geliştirmelerini sağlar. Bu bölümde, bu sorular bağlamında ilgili kavramlar tanıtılarak konu ile ilgili yapılan araştırmalar özetlenecektir.

2.1. Hemipleji

Hemipleji; motor kontrol kaybı, duyu değişikliği, bilişsel bozukluklar veya konuşma bozuklukları, dengesizlik veya koma ile karakterize ani nörolojik sekelle sonuçlanan beyin damarlarının tıkanıklığı ya da yırtılması sonucu oluşan travmatik olmayan beyin hasarıdır. Hemipleji, aniden gelişen kalıcı bölgesel nörolojik kayıp ile karakterize bir klinik sendromdur. Klinik olarak hemipleji tanısı konulduğunda ayırıcı tanıda epilepsi, beyin tümörü, ensefalit (beyin dokusunun iltihabı), apse, travma veya bayılma gibi lokal beyin lezyonlarına neden olabilen ancak vasküler (damarsal) kaynaklı olmayan önemli diğer nedenler ekarte edilmiş olmaktadır. İnme, hemipleji terimi ile eş anlamlı olarak kullanılmakla birlikte, halk dilinde daha çok felç olarak bilinmektedir. Bir hasta tanımlanırken, beyin kanaması veya infarkt (dokunun ölümü) şeklinde patolojik tanısı belirtilmelidir. İnsidansı yaş ile ilişkilidir ve 55 yaşından sonra her 10 yılda bir 2 katına çıkmaktadır. Altmış beş yaş üzerindeki popülasyonda ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırayı aldığı gösterilmiştir (Miller, 2007: 1045).

Patolojik tanı (serebral infarkt, beyiniçi kanama veya subaraknoid kanama), klinik sunuma bakılarak tahmin edilebilir, ancak mümkün olan en kısa zamanda

görüntüleme yöntemleri ile kesinleştirilmelidir. Bunun için beyin tomografisi mümkün olan en erken zamanda yapılmalıdır (Brandstater, 2007: 1656).

2.1.1. Epidemiyolojisi

Ölüm hızı 55 ve 85 yaşları arasında her 10 yılda 2'ye katlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda elde edilen bilgilere göre her yıl Amerika Birleşik Devletlerinde bir milyona yakın yeni ya da tekrarlayan hemipleji vakasına rastlanmaktadır. Hemiplejinin insidansı yaşa bağlıdır, 50 yaş altında yaygın değildir fakat 55 yaşından sonra her 10 yılda insidansında 2 kat artış olur. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre 55–64 yaşlarda yıllık hemipleji insidansı 1.7–3.6/1000 kişi, 65–74 yaş arası 4.9–8.9/1000 kişi, 75 yaştan sonra 13.5–17.9/1000 kişidir. Kadınlarda 55-64 yaş arası hemipleji insidansı erkeklere göre 2-3 kat daha azdır. 85 yaşa doğru bu fark azalmaktadır (Brandstater, 2007: 1957).

2.1.2. Belirti ve Bulguları

Hemiplejili hastalarda görülen lokal beyin lezyonları, hemipleji, hemihipoestezi (vücudun bir yarısında görülen duyu azalması), afazi, hemianopsi (bir gözde meydana gelen görme kaybı) ve benzeri gibi değişik nörolojik kayıplar oluştururlar. Özgül klinik bulgular her vakada lezyonun anatomik yerini yansıtmaktadır. Lezyonun büyüklüğü ve ağırlığı oluşan kayıpların şiddetini belirtmektedir. Hemipleji rehabilitasyonunda amaç, fonksiyonel bağımsızlığı en üst düzeye çıkarmak; özürülülüğü en aza indirmek; ev, aile ve topluma yeniden başarılı bir şekilde entegrasyonu sağlamak; yeniden anlamlı ve tatmin edici bir hayat kazandırmaktır (Brandstater, 2007: 1657-58).

Hemipleji tanısının konulmasıyla beraber patolojik, anatomik ve etyolojik tanımlarla ilgili sorulara da yanıt aranmalıdır. Hemiplejinin klinik tanısı, sıklıkla dramatik şekilde ve aniden ortaya çıkan klinik belirtiler ile kendini belli eder, ancak diğer bozukluklar da ani nörolojik kayıplara neden olarak hemipleji ile karışabilirler. Örneğin, hemiparezi ve bilinç kaybı olan bir hastada düşmeye bağlı subdural hematoma, beyin apsesi, beyin tümörü veya epilepsi olabilir. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce hemipleji teşhisinin kesin olarak konulması şarttır (Dalyan-Aras ve Çakıcı, 2004: 589).

2.1.3. Hemiplejide Mortalite

Akut hemiplejiye bağlı ölümlerin çoğu ilk 30 gün içinde gerçekleşmektedir. Beyin içi kanaması olan hastalarda otuz günlük sağ kalım oranı %20-50 arasındadır ve ölümlerin çoğu ilk üç gün içerisinde olmaktadır. Serebral infarkt geçiren hastalarda ise 30 günlük sağ kalım oranı yaklaşık %85'dir. Başlangıcı takiben ilk birkaç günde ölüm genellikle serebral nedenlere bağlıdır. İlk 30 günden sonra ölüm oranı azalmaktadır. Hemipleji sonrası mortalitede genel olarak bir azalma gözlenmektedir. Bu durum risk faktörlerinin daha iyi giderildiği ve buna bağlı olarak da insidansın azaldığı, ayrıca akut dönemdeki hastaların medikal tedavisinin daha iyi yapıldığı anlamına gelmektedir. Hemipleji sonrası uzun süreli sağ kalım oranının arttığı göz önüne alındığında, insidans azalmış görünmesine rağmen popülasyondaki hemipleji prevelansı aynı kalmakta, hatta artış göstermektedir (Brandstater, 2007: 1658).

2.1.4. Hemiplejiye Yönelik Tıbbi Müdahaleler

Hemipleji tanısı konulduğu andan itibaren nörolojik kötüleşme ve çeşitli komplikasyonların önlenmesi için acil tıbbi müdahalelerin ilk altı saat içinde yapılması önemlidir. Daha sonrasında hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon alanlarına yönlendirilir (Dalyan-Aras ve Çakıcı, 2004: 590).

2.1.5. Hemiplejide Risk Faktörleri

Risk faktörlerinin bilinmesi ve hemiplejinin önlenmesinde kullanılmaları son derece önemlidir (Dalyan Aras ve Çakıcı, 2004: 591). Bireysel olarak ele alındığında, risk faktörlerinin başta yaş olmak üzere diğer risk faktörleri ile etkileşimleri, toplum sağlığı açısından da prevelansları göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (Utku ve Çelik, 2002: 50). Morris ve diğerleri (1991) özellikle ileri yaşın inme sonrası depresyon oluşumunda tetikleyici bir rolü olduğunu saptamışlardır.

Aşırı alkol tüketimi, atrial fibrilasyon (kalp ritim bozukluğu), dislipidemi (yağ metabolizması bozukluğu), hipertansiyon, karotis arter stenozu (şah damarı daralması veya tıkanması), obezite ve sigara içme gibi faktörlerin düzeltilmesi ve fiziksel hareketliliğin artırılması ileri yaşlarda SVO'ya bağlı hastalıkların gelişimini

engelleyebilir (Michael ve Shaughnessy, 2006). Hipertansiyonu olan bireylerde normal tansiyona sahip bireylere oranla inme riski 3 kat daha fazladır (Sacco ve diğ, 1999).

2.1.6. Hemiplejide Prognoz

Serebrovasküler olay sonrası mortalitenin en yüksek olduğu dönemin %38 ile ilk dört hafta olduğu bildirilmiştir. Hemiplejide iki türlü iyileşme olabilir. Birincisi nörolojik iyileşme, ikincisi de nörolojik iyileşme ile bağlantılı olan hastanın fonksiyonlarında veya performansındaki düzelmedir (Brandstater, 1990: 40).

Hemipleji geçiren hastaların yaklaşık %20-30'u normal olarak yürüyebilmekte, %75'i de ambulasyonun (ayağa kalkma) belirli aşamasına ulaşabilmektedir (Jordan ve Waters, 1982: 278).

Hemipleji tanısı olan hastada prognozun belirlenmesi, hasta ve ailesini bilgilendirmek ve kronik dönemde uygun rehabilitasyon programlarının planlanması yönünden son derece önemlidir. Hemiplejide, prognoz ve sonuç ile ilgili değişkenleri birbirinden ayırt etmek önemlidir. Prognostik değişkenler akut hemipleji geçiren bireylerin yaşam beklentisini, iyileşmeyi ve nihai sonucu etkiler. Dombovy ve diğerleri (1986) bu konudaki çalışmalarını derleyip; koma, inatçı inkontinans (idrar tutamama), kognitif fonksiyon kaybı, ağır hemipleji, motor fonksiyonların bir ay içinde düzelmeyişi, hemiplejinin tekrarı, algısal kayıplar, ihmal fenomeni, önemli kardiyovasküler hastalık, serebral lezyonun büyüklüğü ve multipl nörolojik bozukluk faktörlerini kötü prognozda etkili bulmuşlardır.

2.1.7. Hemiplejide Tedavi ve Rehabilitasyon

Hemipleji tanısı olan hastalarda rehabilitasyon sonrasında ve uzun dönemde fiziksel performans, fonksiyonel yetenekler ve yaşam kalitesinde önemli düzelmeler olduğu fakat sosyal katılım ve mesleki alanlarda yetersizlikler olduğu bilinmektedir. Framingham çalışmasında hemiplejili hastaların %69'unun kişisel bakım aktivitelerinde bağımsız ve %80'inin hareket edebilmede bağımsız olduğu gösterilmiştir. Yine aynı epidemiyolojik çalışmada, hemiplejili hastaların %84'ünün ev ortamında vakit geçirdikleri, %71'inin mesleki fonksiyonlarda ve %62'sinin sosyal aktivitelerde azalmalar yaşadıkları bildirilmiştir. Hastaların %54-80'inin

yürüme yeteneği kazanabildiği ancak çoğunun ev dışında yürüyemediği belirtilmiştir. Rehabilitasyon sonuçlarını etkileyen faktörlerin analizi birçok araştırmamanın konusu olmuştur. Fonksiyonel sonuçları etkileme potansiyeli olan faktörler tabloda gösterilmiştir. Belirtilen faktörlerin tümünün kliniğe yansıtılması zordur. Bu faktörleri kullanarak rehabilitasyona aday hastayı belirlemek yanlış olabilir. Söz edilen unsurlar tedavilerin daha iyi planlanması ve yürütülmesinde yardımcı olur (Dombovy, 1980).

Hemipleji tanısı olan hastalarda iyileşmenin süresi ve miktarı açısından belirgin farklılıklar gözlenir. Akut hemiplejili hastaların yaklaşık %88'inde hemiparezi vardır. Başlangıçtaki kol kuvvetsizliğinin şiddeti ve eldeki hareketin geri dönüş zamanı, koldaki nihai motor iyileşmenin önemli habercileridir. Başlangıçta kolda tam paralizi varsa veya dört hafta geçmesine rağmen ölçülebilir bir kavrama gücü yoksa kullanışlı el fonksiyonu gelişme prognozu kötüdür. Dört hafta içinde elde kısmi motor iyileşme görüldüğünde, bu hastaların yaklaşık %70'inde tam veya belirgin bir iyileşme olabilmektedir. Tam düzelme olduğu takdirde genellikle ilk 3 ay içinde gerçekleşmektedir. Bard ve Hirshberg'e göre, eğer ilk 3 haftada hareket oluşmaz ise veya bir segmentteki hareket, takip eden haftada ikinci bir segmentte de gözlenmez ise tam hareket gelişme ihtimali zayıftır (Miller, 2007: 1050).

İnmeli hastalarda fonksiyonel kazançları etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlayan bir çalışmada yaş, cinsiyet ve etiyolojinin fonksiyonel sonuçlar üzerinde tek başına önemli bir etkisinin olmadığı, ancak erken başvurunun fonksiyonel kazancı arttırdığı görülmüştür (Yıldız ve diğ, 2009).

2.1.8. Hemiplejide Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Düşme ve kırıklar hemipleji sonrası en sık görülen komplikasyonlardandır. Değişik birimlerde %10,5-46 arasında düşme oranı verilmektedir. Yoğun bakım merkezlerinde %14, rehabilitasyon biriminde %24, geriatrik rehabilitasyon biriminde %39 oranında düşme görülür. Rehabilitasyon merkezlerinde 100 hasta günü için saptanan düşme insidansı 15,9'dur. Hemipleji tanısı olan hastalarda sık görülmesinin yanı sıra neden olduğu birtakım sonuçlarla da oldukça önemli bir komplikasyondur. Hastalarda yeniden düşme korkusuna yol açarak aktivitelerini kısıtlar. Bu durum hastanın rehabilitasyon çalışmalarına katılımını önemli ölçüde engelleyebilir. Düşme sonrası ortaya çıkan, başta kırık olmak üzere, çeşitli ek sorunlar da rehabilitasyonu

aksatır. Düşmeler genellikle transfer sırasında veya tekerlekli iskemleden öne, ileri uzanmalar sırasında ve hasta yalnızken olur (Nysberg ve Gustafson, 1995: 839).

Akut hemiplejili hastaların yaklaşık üçte birinde afazinin klinik bulguları vardır. Bu hastaların çoğunda dil fonksiyonu düzelmekte ve hemiplejiden 6 ay veya daha uzun süre sonra, sadece %12-18'inde saptanabilir afazi kalmaktadır. Hastaların yaklaşık %20'sinde görme alanı defekti mevcuttur. Genellikle, hemiplejiyi takiben görmedeki düzelmelerin derecesi, motor ve duyuusal fonksiyonlardaki düzelme kadar fazla değildir (Miller, 2007: 1050).

2.1.9. Hemipleji Ve Ruhsal Sorunlar

Rehabilitasyon sürecini etkileyebilecek psikolojik sorunlar depresyon ve kognitif bozukluklardır. Depresyon hastaların yaklaşık 1/3'ünde görüldüğü için rehabilitasyon kliniklerinde depresyon tarama ve tedavi algoritmaları bulunmalıdır. Depresyon tedavisi ile hastanın hem mental sağlığı hem de fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzelecektir (Cully ve diğ., 2005).

Hemiplejide en sıklıkla afektif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları görülür. Frontal korteks, hipokampus, talamus, amigdala ve bazal ganglia gibi beyin yapıları psikiyatrik hastalıkların da köken aldığı beyin bölgeleridir. Limbik-kortikostriatal-pallidotalamik yolların depresyonun nörobiyolojisinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle nörolojik hastalıkların seyrinde depresyona sık rastlanması şaşırtıcı bir durum değildir. Bu alanlardaki inmelerden sonra hastalarda depresif bozukluk sıklığı %40 civarında bildirilmektedir. Serebrovasküler hastalıklardan sonra depresyon lezyonun yerine bağlı olarak sık ortaya çıkar. Beynin sol tarafını tutan ve daha çok ön bölgelerdeki lezyonların depresyona yol açtığı söylenmektedir. Anksiyetenin, psikomotor yavaşlamanın, uyku bozukluklarının eşlik ettiği her türlü depresif hastalık inmede görülebilir. Akut dönemde, psikiyatrik belirtiler doğrudan lezyonun yeri ile ilgili olabileceği gibi ortaya çıkan bu fonksiyon kaybı haline bir çeşit yanıt da olabilir. Yani; kişide yaşanan bu olaya veya kayba karşı mutsuzluk ve üzüntü gelişebilir ki bu her zaman majör depresyon tanısını gerektirmez. Üzüntünün aksine depresyonda ise suçluluk ve değersizlik duygusuyla birlikte özsaygıda bozulmalar olur. İlerleyen zamanda bu depresif tepkiler depresif bozukluklara dönerek inmenin prognozunu etkiler. Rehabilitasyona karşı isteği azalan ve içine kapanan hastada inmenin sekeli kalıcılaşır. Zaten inme kendisi kişinin umutsuz ve

çaresiz hissetmesine, hayat bağlarının kopmasına yol açabilen ciddi bir psikolojik stres faktörüdür. Bu sebeple hastalık daha da hayatı tehdit edici ve daha fazla işlev kaybına yol açıcı bir hale dönüşür. Bu yüzden rehabilitasyonla birlikte uygulanacak olan iyi bir psikiyatrik tedavi, hastalar ve ailelerinin yaşam kalitesine olumlu etki yapar (Kulaksızoğlu, 2011: 798).

2.2. Denetim Odağı

İnsanlar kendilerine olanların sorumluluğunu ya kendilerine ya da kader, talih, kısmet, şans gibi kendileri dışındaki güçlere yüklemek eğilimindedirler. Diğer bir deyişle ödül ve cezaları denetleyen güçler, kişinin içinde ya da dışında odaklanmış olarak algılanabilirler. Dönmez'in (1983) belirttiğine göre Rotter (1996) bu güçlerin, kişinin içinde ya da dışında yoğunlaştığı noktaya denetim odağı adını vermektedir.

Bazı insanlar ise yaşadıkları sorunları nerede yanlış yaptıklarını düşünerek durumdan kendilerini uzaklaştırmadan değerlendirdikleri görülür. Bireyler, olayları yorumlama tarzlarına uygun olarak, olaylar konusunda düşündükleri ve inandıkları gibi davranmaktadırlar. Diğer bir deyişle, bireyin olaya bakış açısı, bireyin karşı karşıya kaldığı olayla birlikte, kafasının içinde oluşturduğu beklenti ve yorumlarının da etkili olduğudur.

Literatürde ilk defa Rotter (1966) tarafından kullanılmış olan denetim odağı kavramı, bireyin davranışlarını mümkün olabildiğince tahmin edebiliyor olmasını kapsamaktadır. Denetim odağı kavramı, genel olarak yine Rotter (1954) tarafından literatüre kazandırılmış olan Sosyal Öğrenme Kuramı temel alınarak oluşturulmuştur. Kuramın özünde, aynı öğrenme süreci ile uyumlu ya da sapkın davranış üretimi olduğu varsayılır. Kurama göre, hem istenen davranış sonrası söz konusu olan ödüller hem de çevresel etkenler kişinin davranışını yönlendirmektedir. Bu manipülasyonun içerik ve çeşitliliğini kognitif bir takım bileşenler oluşturmaktadır (Rotter, 1982).

Denetim odağı kavramının içeriği, yine Rotter tarafından oluşturulan Sosyal Öğrenme Kuramı'na (1954) dayanmaktadır (Akt. Raine ve diğ., 1982). İlerleyen dönemlerde, Sosyal Öğrenme Kuramı Rotter, Chance ve Phares (1972) tarafından geliştirilmiştir. Wallston'a göre (1978), denetim odağı davranışlar üzerine odaklanan

araştırmalarda önemli bir yer tutmakta ve bilimsel araştırma alanlarında inceleme konusu olarak ele alınmaktadır.

Rotter'a göre bireyin davranışlarının sonucunda aldığı ceza ve ödüller, ilerideki davranışlarının sonucu hakkında bazı beklentiler gelişmesine yol açmaktadır. Buna göre, bir davranışın ortaya çıkması pekiştirenin varlığına bağlıdır. Kuramdaki üç kavram şöyle açıklanır: İlk olarak belirli bir durumda veya durumlarda bir pekiştirme ya da pekiştirme dizinlerine göre hesaplanan durumlarda meydana gelen herhangi bir davranış potansiyelidir. İkincisi, belirli bir pekiştirmenin ortaya çıkma olasılığının belirli bir durumda veya durumlarda belirli bir davranışın fonksiyonu olarak meydana geleceğinin birey tarafından kabullenilmesi sonucu oluşan beklentidir. Son olarak da pekiştirme değeri; herhangi bir dış pekiştirenin pekiştirme değeri ideal olarak, pekiştirmelerin türünün meydana gelme olasılıkları eşit olduğu takdirde, herhangi bir pekiştirenin tercih edilmesidir (Akt. Sayiner, 2003).

Denetim odağı konusu birçok bilimsel alanda ilgiyle incelenmiştir. Özellikle Rotter'ın Sosyal Öğrenme Kuramı'nda bu değişkenin sistematik bir organizasyon içinde ele alındığı ve kuramın odak noktası olduğu görölmektedir. Rotter davranışlarının kendi yeteneklerine göre genel bir beklenti geliştirdiklerini söylemektedir. Rotter davranışlarının kendi yaşantılarından etkilendiğine inanan bireylerin içten; kendi davranışlarının şans veya kaderden etkilendiğine inanan bireylerin ise dıştan denetimli kimseler olduğunu belirtmiştir (Akt. Sayiner, 2003).

Denetim odağı, her zaman bireyin etrafında gelişen olayları algılama biçimi ile ilgilidir. İnsanlar, karşılaştıkları durumlar üzerinde ne kadar kontrol sahibi oldukları hakkında farklı düşünüş tarzlarına sahiptirler. İçten denetim, yaşantılar üzerinde kişisel kontrolün var olabildiğini ifade ederken, dıştan denetim ise birey dışındaki örneğin; şans, başka insanlar, yaratıcı, kader gibi değişkenlerin yaşantılar üzerinde etkili olduğunu ifade etmektedir. İç denetimli bireylerde, yaşantıların sonuçlarında kendi davranışlarının etkili olduğu inancı ve beklentisi hakimdir (Wong-McDonald ve Gorsuch, 2004).

Rotter'a (1966) göre, bireyler durumların veya yaşadıkları olayların nedenlerini algılama bakımından farklılık göstermektedir. Bu bakımdan; bazı bireylerin denetim odağı duygusu yüksek olurken, bazı bireyler ise yaşadıkları olaylar ile kendi davranışları arasında bağlantı kuramamaktadır.

Denetim odağı insanların ne yaptığı ve sonunda ne elde edeceği arasındaki ilişki olarak ifade edilmektedir. Eğer birey yaptığı davranışlarla elde ettiği sonuç

arasında bir ilişki görme eğiliminde ise içten denetimli olarak adlandırılmaktadır. Bunun tersi olarak insanlar davranışlarıyla, elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görmüyorlarsa, sonuç üzerinde şans, kader ya da başka faktörlerin etkili olduğunu düşünüyorlarsa, bu tip kişiler de dıştan denetimli olarak tanımlanmaktadır (Küçükbayır, 2000).

Kendi yaşamlarını daha çok kendilerinin kontrol edebileceklerine inanan iç kontrol odağına sahip bireyler, şimdiki ve gelecekteki davranışları üzerinde daha etkili olmaktadır. Bu bireyler; başarı ve başarısızlıklarının nedenlerini kendi özelliklerine yüklemekte, çevreyle ilişkilerini geliştirmek için daha çok girişimde bulunmakta ve genel olarak kendi yetenek ve başarılarıyla daha çok ilgilenmektedirler (Rotter ve diğ., 1972). Dış kontrol odaklı bireyler ise davranışlarının sonuçlarını ya da başarısızlığı, şansının ya da kendisinin kontrol edemediği dış koşulların sonucu olarak algılamaktadırlar. Bu durum özellikle öğrencilerde çok somut bir biçimde gözlenmektedir. Öğrenciler başarısızlığı ya kendi çabalarının yetersiz oluşu gibi iç denetimli ya da şans, öğretmen vb. gibi dış denetimli değişkenlere bağlamaktadırlar (Lamont ve diğ., 2003).

Yapılan bir çalışmaya göre bireyler, çeşitli davranışları sonucunda gerçekleşen birtakım durumları ve olayları tamamen kendisine yönelik yorumlamakta ve kendilerine özgü açıklamalarda bulunmaktadır (Yeşilyaprak, 2004). Çalışma bu açıdan karşılaşılan duruma etki edenin kişinin kendisinin mi yoksa çevresel bir faktörün mü olduğunun önemini göstermektedir. Yine çalışmaya göre; algılayış bireysel davranış ile bağlantılı olarak açıklanabiliyorsa, birey olayın kendi kontrolü dahilinde yaşadığını düşünebilmektedir. Yeşilyaprak aynı çalışmasında, bu başa çıkma stratejilerinin ve daha sonraki tepkilerin adına oldukça etkili bir olgu olduğunu söylemektedir.

Birey, sosyal gelişim süreci içinde, çocukluktan başlayarak hangi davranışın hangi sonuçları doğuracağı ve hangi sonuçların kendi davranışlarından kaynaklandığı, hangilerinin kendi davranışları ile bağlantısız olduğu konusunda oldukça tutarlı beklentiler geliştirir. Rotter, bu beklentilerin iki eğilimden birine bağlı olarak genelleştirdiğini ileri sürer. Eğer kişinin yaşadığı ya da yaşamayı umduğu olumlu olayları ödül, olumsuzlukları da ceza olarak nitelersek, bu eğilimlerden ilki; ödül ve cezaların kişinin dışındaki başka güçlerce uygulandığı, yönetildiği ya da denetlendiği, böylece ödüllere ulaşım cezalardan kaçınma konusunda kişisel çabaların etkili olamayacağı doğrultusundaki genel beklentidir. Öteki ise, ödül ve cezaların

büyük ölçüde kişinin kendi eseri olduğu, bunların ortaya çıkışında daha çok kendi davranışlarının etkili olduğu doğrultusundaki genel beklentidir. Rotter bu beklentileri içsel ya da dışsal denetim kaynağına inanç olarak adlandırarak, yaşamdaki olumlu ya da olumsuz olayları (ödül ve cezaları) belirleyen güçlerin yoğunlaştığı yere denetim odağı demiştir (Yeşilyaprak, 2004).

İçsel denetim; bireyin başarısızlıkları ya da yaşadığı olumsuz olaylarla ilgili nedenleri kendisinde aramasıdır. İçten denetimli bireyler genellikle çalışma ve çaba gibi kavramlarla barışıktırlar. Kendi başarıları ya da başarısızlıklarını sorgulayabilirler. Dışsal denetim ise; bireyin başarısızlıkları ya da yaşadığı kötü olayları dışsal nedenlere bağlamasıdır. Dışsal denetimli bireyler genellikle yaşadığı olumsuzluklardan diğer kişileri sorumlu tutarlar, onları yargılar ve acımasızca eleştirirler. Kendilerini her zaman haklı bulurlar. Yaratıcı olmadıkları için de yeni düşünceler üretmeye açık değildirler (Solak, 2003).

Atkinson ve diğerleri (1999), bazı insanların, çevrelerinde ve hayatlarında gelişen önemli olaylar üzerinde göreceli olarak az bir etkileri olduğunu düşündüklerini, diğerlerinin ise yaşadıkları dünya hakkında belli bir etkileri olduğuna inandıklarını söylemişlerdir. Dışsal denetim odağına sahip insanlar, kendi dışlarında gelişen güçlerin hayatlarını kontrol ettiğine inanırlar. Kendi hareketleri ve yaşadıkları arasında oldukça düşük bir oranda ilgi olduğunu düşünürler. İçsel denetim odağına sahip kişiler ise, sahip oldukları kendi davranışlarının ve hareketlerinin hayatlarında gelişen olayları etkilediğine inanırlar. İçsel denetim odağına sahip kişiler, hayatlarında gelişen olayların, sahip oldukları niteliklerden kaynaklandığını düşünürler. Başarılı olduklarına inanırlar çünkü başarılı olma yolunda çaba harcamışlardır. Dışsal denetim odağına sahip insanlar ise başarısız oldukları durumlarda olayların kendi kontrolleri dışında geliştiğini düşündüklerinden, şanssız veya kadersiz olduklarına inanırlar ya da başkalarının başarılı oldukları durumları onların şanslı olmalarına veya verilen görevin basitliğine yorarlar.

Yapılan araştırmalar, bireylerin içten ya da dıştan denetimli olduğuna dair açıklamalar getirilmeye çalışıldığını ortaya koymaktadır. Aynı araştırmalara göre; bireylerdeki değişikliklerin nedenleri vurgulanırken, bireyin hangisine daha eğilimli olabileceği üzerinde durulmaktadır. Beraberinde aynı araştırmalar; bu açıdan bireylerin yaşamlarının her evre ve durumunda hangi uca yatkın olup olmadığının sorgulanabilir olduğunu belirtmektedir (Njus ve Brockway, 1999).

Rotter'a göre, davranışlarının sonucunda aldığı ceza ve ödüller çocuğun ilerideki davranışlarının sonuçları hakkında bazı beklentiler geliştirmesine yol açmaktadır. Buna göre, herhangi bir durumda belirli bir davranışın ortaya çıkma olasılığı, o durum içinde davranışı belirli bir pekiştiricinin izleyeceği beklentisine bağlıdır. Ancak, beklentinin bağlandığı bu ortaya çıkma olasılığı nesnel olmaktan çok bireye özgüdür, yani öznedir çünkü her birey kendi davranışlarının sonucunda karşı karşıya kaldığı pekiştireçleri kendine özgü biçimde algılar, yorumlar ve ona farklı şekilde tepki gösterir. Bireyin tepkisini etkileyen etkenlerden en önemlisi, onun pekiştiriciyi kendi davranışlarına mı bağlı olarak, yoksa davranışlarından bağımsız yani kendi dışındaki güçlere mi bağlı olarak algıladığıdır. Bir başka deyişle, bireyin davranışını izleyen pekiştiricinin etkisi onun kendi davranışı ile pekiştirici arasında nedensel bir ilişki görüp görmemesine bağlıdır (Yeşilyaprak, 2004).

Dıştan denetimliler, daha düşük beklenti düzeyine sahiptirler, depresif özellikler taşırlar ve bu depresif özellikleri artan yönde hareketlilik gösterir, kendilerini dış güçlerin esiri, kurbanı olarak görürler, başarılı olduklarında, başarısız oldukları zamana göre daha çok kaygı yaşarlar, çevre üzerinde kontrollerinin olmadığına inanırlar, olayları kontrol altına alamayacakları veya olayların sonuçları üzerinde etkili olmayacakları inancı içindedirler, dıştan daha çok kaygılıdırlar, daha çok kuşkucudurlar, daha çok doğmatiklerdir, hem kendilerine hem başkalarına daha az güvenirlir, kendilerini tanımada yetersizdirler, daha çok saldırgandırlar, daha çok savunma mekanizmalarını kullanırlar (Karadeniz, 2005).

Demirkol'a göre (2006), içten denetimli bireyler kendi davranışlarını becerilerine ve yeteneklerine bağlayarak kontrol edebilmekte ve davranışlarının sorumluluklarını üstlenmektedir. Aynı çalışma; dıştan denetimli bireylerin yaşadıklarını kader, şans ve rastlantı gibi etmenlere bağlayarak kendi davranışları hakkında daha az sorumluluk aldığını ortaya koymaktadır.

Araştırmalar, dışsal denetimlilerle karşılaştırıldığında içsel denetimlilerin entelektüel ve akademik etkinliklerde daha fazla zaman harcadıklarını, okul başarılarının daha yüksek olduğunu, özellikle yarışma ortamlarında daha üstün başarı gösterdiklerini ve toplumsal olaylarda daha etkin olduklarını göstermektedir. Yine içsel denetimlilerin, olumsuz etkilere daha fazla direnen, kişisel özgürlüklerinin kısıtlanmasına güçlü biçimde tepki gösteren, kendilerini daha etkili, güvenli ve bağımsız kişiler olarak algılayan, yüksek derecede özsaygı ve olumlu öz kavramına sahip, daha fazla kişisel sorumluluk üstlenebilen, atılgan, girişimci, duygusal yönden

daha sağlıklı ve dengeli kişiler oldukları, daha sosyal ve daha özgür davranışlara sahip oldukları, daha objektif oldukları, etkili iletişim kurmada daha başarılı oldukları ortaya konmuştur. Yine birçok araştırma bulgusuna göre, içsel denetimlilerin zamanı daha iyi kullandığı, davranışlarının daha tutarlı olduğu, engellemeler karşısında daha yapıcı tepkiler ortaya koydukları ve daha az uyuşmaz davrandıkları anlaşılmaktadır (Yeşilyaprak, 2004).

İçten denetimlilik, bireyin karşılaştığı olayları ve olayların sonuçlarını denetlemenin kendi elinde olduğuna inanmasıdır. Dıştan denetimlilik ise, bireyin karşılaştığı olaylar ve olayların sonuçlarını kendi dışındaki güçlerde (tanrı, şans, kader) aramasıdır. Böylece dıştan inançlılar, olayların sonuçlarını denetlemenin ve değiştirmenin kendi ellerinde olmadıklarına inanırlar (Köksal, 1991).

Phares'ın (1976) yaptığı çalışmaya göre, denetim odağının içeriği bireysel yatkınlıkları görmek ve bu yatkınlıkları açıklamak içindir. Phares'e göre; bireyler olayların sebeplerini, kontrollerini ya kendilerine ya da çevresel faktörlere dayandırmaktadır. Çalışmaya göre; olayların kontrolünü dışsal faktörlere dayandıran bireyler dıştan denetimli olurken, olayların kontrolünü kendilerine dayandıranlar içten denetimli olmaktadır (Akt. Spector, 1982).

Rotter (1966) denetim odağını başlangıçta psikolojik bir yapı yani bir tür kişilik unsur olarak nitelendirmiştir. Denetim odağı, bireylerin yaşamlarında olayları kontrol edebilirlik ölçüsünde algısını ifade etmektedir. İç denetim odağına sahip bireyler olayları kontrol etme gücünü kendilerinde bulduklarından, sonuçları yönlendirilebilmektedirler. Yani, içsel denetim odağında olanlar kendi kişisel çabaları, davranışları, ya da becerileri ile etkileyecekleri ve sonuçların belirlenmesinde etken olacaklarına inanmaktadırlar. Kendi eylemleri için sorumluluk almaktan kaçınmazlar. Harici dış kaynakların kontrolünde olma hali dışsal olayların yönlendirmesine mağdur kalmaya neden olacaktır. Böylelikle başına gelenlere boyun eğerken, güç, şans, kader gibi faktörlerden daha fazla etkilenirler. Başkaları gibi kendi kontrolü dışındaki güçler dolayısıyla kendilerinde herhangi bir sorumluluk hissetmezler (Rotter, 1966).

İçten denetimli bireylerin diğerleriyle karşılaştırıldığında olumlu etkilere daha fazla direnen, kişisel özgürlüklerinin sınırlandırılmasına güçlü bir tepki gösteren kendilerini daha etkili, güvenli ve bağımsız kişiler olarak algılayan olumlu benlik kavramına sahip, atılgan ve girişimci kişiler olduklarını ortaya koymaktadır. Yine araştırmalar dıştan denetimli bireylerin hem kendilerine hem başkalarına daha az

güvenen, kendini tanımada yetersiz, toplumsal kabul ihtiyaçları az olan, saldırgan ve daha çok savunma mekanizmaları kullanma eğiliminde olduklarını göstermektedir (Yeşilyaprak, 1990).

Rotter ve diğerlerinin yaptığı çalışma (1962); içten denetimli bireylerin geçmişte yaşanan, şu an olan biten ve gelecekte olacak her şey için yaptıkları açıklamaların kendi davranışları ve tepkilerine bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Aynı çalışmaya göre; içten denetimli bireyler başlarına gelen pozitif olaylara çok çalışmaları ya da becerileri sonucu ulaştıklarını düşünmektedirler. Ayrıca çalışma, içten denetimli bireylerin yaşadıkları istenmeyen olayları, daha sıkı çalışma gerekliliğine bağladıklarını belirtmektedir. Beraberinde çalışmaya göre; dıştan denetimli bireyler, başlarına gelen istenmeyen olaylar için gerekli olan beceriye sahip olmadıklarını düşünmektedir. Yine çalışmaya göre, bireyler ödül dış faktörü ile kendi davranışları arasında herhangi bir ilişki olmadığına inanmaktadırlar. Son olarak çalışmada; pozitif ve negatif olaylar kişilerin kaderi, şansı, diğer insanların gücü ile açıklanabilmektedir.

Dıştan denetimliler, çevrelerinde oluşan olayların gidişatını etkilemede yeteneklerinin olmadığını ve yaşamlarının kendi dışındaki güçlerden etkilendiğini belirtmekte, kendilerinin bu konuda herhangi bir şey yapamayacağına ve hayatları ile ilgili sorumluluk alma konusunda çabalarının faydasız olduğuna inanmaktadırlar. Dıştan denetimliler, içten denetimlilere göre işleri kendi akışına bırakmakta, hayat onları hangi yöne götürürse o yöne gitmekte ve dış güçlerin kendilerini etkileme düzeylerinin en aza indirmeye çalışmaktadırlar. Dış denetimliler, kendilerini dış güçlerin kurbanı olarak görürler (Yaşar, 2008).

Dışsal denetimlerin özellikleri ise çeşitli araştırma sonuçlarına göre şöyle özetlenebilir: Çeşitli konularda yeterlilik düzeyi düşük olan ve daha düşük beklenti düzeyine sahip, artan depresif özellikler taşıyan, kendini kabul ve özsaygı düzeyi düşük ve çaresizlikle ilgili öznel duyguları olan daha yalnız kişilerdir. Bu kişiler yaşamlarının başka kişi veya güçlerce değiştirilip denetlendiğine inandıklarından kendilerini dış güçlerin kurbanı olarak görürler. Bu nedenle çevrelerinde değişiklik yapma konusunda içsel denetimlilere göre daha edilgendirler. Daha çok uyuşmazlardır. Uyumsuzluk ya da psikolojik rahatsızlıkları daha çoktur. Hem kendilerine hem de başkalarına daha az güven duyarlar. Saldırgan tutumları daha çok sergiler ve içe bakışları yetersiz kişilerdir (Yeşilyaprak, 2004).

Efiliti'nin (2006) belirttiğine göre, içten denetimliler olayı davranışlarının doğrudan sonucu ya da kendisinin kalıcı özellikleri olarak algırlar (Nowicki, Cooley 1990) ve birisinin kendisini etkilemesine izin vermezler. Hatta bazen etki girişimin tam tersine yapabilirler.

Denetim odağının önemli bir özelliği de, ölçülen gerçeklik payı değil de, bireysel bir gerçeklik üzerinde kontrol algısı oluşudur. Böylelikle, kişiler hayatlarında neler olup bittiğini kontrol edebileceklerini düşünürken, bu doğrultuda davranmayı uygun bulurlar. Çoğu insan, kişisel çaba ve dış koşullarla yaşamlarının sonuçlarını etkileyecek olana inanırken, bu iki uç arasında bir noktada git-gel yaşarlar (Marshall, 1991).

Aytan (2010), obsesif kişilik bozukluğu olan bireylerin dış denetim odaklı olduklarını aynı zamanda düşük benlik saygısına sahip olduklarını belirtmiştir.

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı çeşitli kronik ve yineleyen stresörleri beraberinde getirmektedir. Bunlar arasında, önemli yaşam değişiklikleri, aile rollerinin ve sosyal kimlik duygusunun bozulması ve kişisel kontrol duygusunun tehdidi sayılabilmektedir (Christensen ve Ehlers, 2002).

Chambliss (1997) son dönem böbrek yetmezliği hastaları üzerinde yürüttüğü bir araştırmada, yüksek içten denetimli bireylerin tedaviye daha az uyumlu olduğunu, bu sonucun, kontrol edilemeyen olaylarda iç odaklı olmanın dış odaklı olmaya göre daha olumsuz sonuçlar doğurduğu hipotezini desteklediğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, denetim odağı, kişilerin yaşadıkları olayların ortaya çıkış sebepleri konusunda mesuliyeti kime ve ya neye dayandırdığı ile ilgili bir kavramdır. Kişinin başına gelen olaylara yön verebilme becerisi ile ilgili yorumlamalarını ve sahiplendiği inançları anlatmaktadır. Diğer bir anlatımla, kişinin başına gelen olaylarda kendisinin ne ölçüde kontrol sahibi olduğunu belirler. Sosyal psikoloji için oldukça önem teşkil eden denetim odağı genel bir tabirle içten ve dıştan denetim olarak iki farklı şekilde düşünüldüyse de kişilerin neredeyse tamamı bu iki tür arasında git-geller yaşamaktadırlar. Çünkü kati ve sabit bir yöntem izlemek değişken insan yapısı ile çok da mümkün değildir. Sadece yatkınlığı ölçümleyip bu doğrultuda karar vermek mümkündür.

2.3. Stres

Stres kelimesi fizik alanında çalışan Walter Bradford Cannon ve Hans Selye'nin araştırmalarının sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Stres kavramını ortaya atan Selye (1956), stresi kısaca bedenın kendisine yönelen herhangi bir baskıya belirli olmayan tepkisi olarak tanımlamıştır. Cannon'a göre ise bedenimiz, ağır stres altında sindirim sistemi gibi belli fonksiyonlarını kapatmaktadır. Beden bu tepkisi ile beyin dahil olmak üzere acil kana ihtiyaç duyan kaslara kan pompalamaktadır. Bu araştırma sonucunda bireylerin stres kaynakları karşısında savaş ya da kaç tepkisi gösterdiği ortaya çıkmıştır (Akt. Bickerstaff, 2008).

Stres kavramını açıklayan birçok yaklaşım vardır. Bunlardan biri de etkileşimsel modeldir. Bu modelde kişiyle evre arasında, kişi-evre ilişkisine geri bildirim sağlayan bir etkileşim vardır. Bu modelin sıklıkla Richard Lazarus'a ait olduğu ifade edilmektedir. Lazarus ve Folkman, psikolojik stresi birey ve evre arasında bireyin kaynaklarını ölçen ve onun iyi oluş halini tehlikeye sokan özel bir ilişki olarak tanımlamaktadır (Hiçdurmaz, 2005).

Psikologlar açısından stres, onu zihninde taşıyan kişiye aittir. Hepimiz günlük basit gözlemlerimizden aynı olaya farklı kişilerin farklı tepki ve yaklaşımlarının olduğunu biliriz. Bu farklılık zihinsel şartlardan, sosyal şartlara kadar uzanan değişkenlerden kaynaklanır. Hatta biliriz ki, biz bir gün dış ortamdan gelen uyaranlara gülüp geçerken, bir başka gün aynı olaya sert tepkiler verebiliriz. Bu sebeple stres olgusu incelenirken, stres verici durumlar kadar onlarla karşılaşan bireyin psikolojik özelliklerinin de ele alınması ve değerlendirilmesi önem taşır. Stres ve stres vericilerin insana etkisi söz konusu olunca, insanın psikolojik bütünlüğünün oluşturan düşünce duygu ve davranışlarını anlamaya tanımaya gerek vardır (Baltaş ve Baltaş, 2012).

Homeostatik değişikliklere sebep olan uyaranlara "stresör" denir. Stresin etkisi stresörün şiddeti, süresi (akut veya kronik), canlının stresörün tekrarlanmasından kaçıp kaçamayacağı ile ilişkilidir. Stresörler evresel (ses, koku, kirlilik, sıcaklık, soğuk vb.), davranışsal (kalabalık, izolasyon, diet) ve psikolojik (adaptasyon gerektiren durumlar) olabilir (Panconesi ve Hautmann, 1996).

Geleneksel stres teorisinin sahibi nc araştırmacı ve doktor olan Hans Selye'dir. Selye'ye göre stres teorisinin ana unsuru stresördür. Stresr stres üreten bir uyarıcı olarak tanımlamıştır. Bazı stresörler iyi etki bırakırken – bir bebeğin

doğumu, tutkulu bir sarılma- bazı stresörler kötü bir etki bırakabilmektedir; iş kaybı, ölüm gibi. İyi etki bırakan stres durumuna eustres, kötü etki bırakan stresöre ise distres adını vermiştir. Selye stresten tamamıyla kurtulmamızın ancak ölümle gerçekleşebileceğini vurgulamıştır (Williams ve Hall, 2009).

Folkman ve Lazarus (1980) ,bireyin karşılaştığı zorlayıcı uyarıları, bu uyarıcıları durumların bireyin kendisine ne tür bir anlam ifade ettiğini ve uyarıcı durumların gerektirdiği başa çıkma tepkilerini stres sürecinin aşamaları olarak ele almaktadır.

Tıpkı herkesin stresi farklı şiddetle yaşaması gibi herkesin stresle başa çıkma tutum da farklıdır. Kişisel enerji düzeyi; olumlu düşünebilme; problem çözme becerisi; kontrol algısı; öz yeterlilik inançları; benliğe ilişkin algılamalar; depresif eğilimler; sosyallik; sosyal destekleri kullanabilme; cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik düzey gibi demografik özellikler; kişilik özellikleri ve buna bağlı faktörler kişinin stresle başa çıkma tutumlarını belirlemede rol oynayan değişkenlerdir (Catanzaro ve Honey, 1995).

Selye'nin çalışmaları, genel uyum sendromu (GAS-General Adaptation Syndrome) olarak bilinen psikososyal tepki şekillerini açıklamaya odaklanmaktadır. Selye'nin teorisinin temel düşünceleri üç temel ögeden meydana gelmektedir. Bunlar:

- 1- Stres tepkisinin, stresin doğal niteliğine bağlı olmayan bir savunma tepkisi olması,
- 2- Bir savunma tepkisi olarak GAS alarm, direnç ve tükenme olmak üzere üç aşamada ilerlemesi
- 3- GAS süreci uzun ve şiddetli bir şekilde devam ederse hastalık durumuna neden olmasıdır (Selye, 1956).

Stres tepkisi, ortamda ne olduğuna bağlı olarak değil, insanın olana nasıl tepki verdiğiyle ilgili olarak ortaya çıkar. Hissettiklerimiz esas olarak düşündüklerimiz paralelindedir. Bu sebeple stres belli insanlara belli olayın etkileşiminde ortaya çıkar. Yani olay tek başına bir belirleyici değildir. Burada kilit nokta o belirli durum ile o belirli kişi arasındaki ilişkidir (Baltaş ve Baltaş, 2012).

Lazarus ve Folkman stresin, zevk veren (eustress), yaşandıkça neşe, canlılık ve kazanç sağlayan, istenmesi gereken bir durum olduğunu vurgulamıştır. Hans Selye bu boyut üzerinde son dönemlerde ısrarla durmuş ve “acaba stresin eş anlamlı olduğu şey sadece distres midir?” sorusunu aydınlatmaya çalışmıştır. Çeşitli yaşam

deneyleri ve stres arasındaki ilişki bir yandan hiç hoş olmayı yaşatmakken diğer taraftan hoş olan şeylerin de stres verici özelliği olduğu bilinmektedir. Boşanan bir insan büyük bir stres içindedir. Öte yandan evlenme kararı almış bir insan da büyük bir stres içindedir. Ancak çok hoş olan şeyleri hisseder ve yaşar. Belli düzeydeki stres, insan performansını en üst noktada tutabilirken; bir başka düzeydeki stres nedeniyle hiç iş yapamaz haline gelinebilir (Akt; Tekin, 2005).

Stres tepkisi süreci bireyin yaşamını tehdit eden gerçek, sembolik veya hayali herhangi bir uyarana bireyin tepkisinin genel bir ifadesidir. Strese (yani bireyin yaşamını gerçek, sembolik veya hayali olarak tehdit eden herhangi bir olaya) bedenin tepkisi genellikle stresörün etkisini azaltma çarelerini aramak şeklinde olur. Başka bir açıklama da organizmanın dengesini (homeostazini) bozan stresöre bedenin yanıtının, homeostazi yeniden kurmaya yani yeni duruma uyum sağlamaya çalışma şeklinde olduğudur (Kılıç ve Eşel, 2002).

2.4. Başa Çıkma

Bireylerin stresle mücadele etmek için kullandıkları tepkiler savunma veya başa çıkma tepkileri olarak adlandırılmıştır. Her iki terimin de kullanılmasına rağmen, geleneksel olarak savunma kavramı daha çok psikodinamik yaklaşım ile bağlantılı olduğundan sınırlı tepkiler için kullanılmaktadır. Başa çıkma kavramı ise herhangi bir yaklaşım ile bağlantılı olmadığından daha geniş tepkiler için kullanılmaktadır (Morris, 2002).

Baş çıkma, kişinin kaynaklarını aştığı şeklinde değerlendirdiği, belli içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanır. Baş çıkma, kişinin psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik kullanacağı uygun davranışsal yaklaşımları ya da kendini kötü hissetmemesini sağlayacak uygun kaçma davranışlarını içerir. Bireyin yaşantısını tehdit edici olarak algıladığı bir durumda, kendisini daha iyi bir duruma getirmek için, durumu kontrol etmesini ve davranış örüntüsünü içeren çabaların tümüdür (Baltaş ve Baltaş, 2012).

Baş çıkma kaynakları, stresörleri daha etkili biçimde ele almayı, stresörler için daha az yoğunlukta tepkiler vermeyi, daha hızlı iyileşmeyi sağlayan ve bireyde var olan kaynak ve tutumlardır. Bunların, tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayla

karşılaşan bireyin davranışlarını ve bilişsel süreçlerini etkilemekte stresörlerin etkisini azaltan bir tampon görevi yaptığı düşünülebilir (Hiçdurmaz, 2005).

Ekmekçi'nin (2008) belirttiğine göre, başaçıkma kavramı, Lazarus ve Folkman (1984) tarafından stresli durumların içsel ve dışsal gerekliliklerinin üstesinden gelebilmek için kişinin bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlanmıştır. Başaçıkmanın iki temel etkisinden söz edilmektedir. Bunlar, stresli duyguları düzenlemek ve rahatsızlığa neden olan çevre ile rahatsız olan kişinin ilişkisini değiştirmektedir.

Stres şartlarında kişinin kullandığı davranışsal, duygusal ve bilişsel stratejiler olarak tanımlanan başaçıkma tutumlarının nöro-bilişsel, sosyal problem çözme davranışı, duygu algılanması ve sosyal ipuçlarını tanıma ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Ventura ve diğ., 2004).

Psikanalitik yaklaşım başaçıkma davranışını, kişiyi zorlayan ve zarar veren etkilerden kaçınma ve bunlara yönelik belli savunma tepkileri olarak ele almaktadır. Başaçıkma açık ya da kapalı davranışlarla stresi veya stres yaratan durumları ortadan kaldırma veya azaltmayı içeren davranışları içerir. Ego psikolojisinde başaçıkma kavramını uyuma dönük süreçler olarak ele alınmış ve bir strateji veya model olarak etkileşimsel boyutta savunma mekanizmalarıyla ilişkilendirerek, kişinin başaçıkma çabalarını duygusal ve bilişsel, dışsal veya içsel kaynaklara karşı kullanması şeklinde yorumlanmıştır (Tomar, 2002).

Başaçıkmayı Bandura belirsizlik, öngörülemezlik ve stresli durumlarla baş etmek için bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerin esnek bir şekilde bir arada uyumlu kullanılması; Garnezy (1987) kişilik gelişimi tarafından şekillenen, uyumu ve zor durumlarda esnekliği etkileyen, önemli bir aracı deneyim olarak; Patterson ve Mc Cubbin (1987) ise bir kişinin sahip olduğu kaynaklara karşılık, ne yaptığıdır şeklinde tanımlamışlardır. Marcella'ya (1988) göre başaçıkma, organizmanın yaşadığı iç ve/veya dış gereksinim tarafından açığa çıkarılan sıkıntıyı kontrol etmeye, yenmeye ve önlemeye yarayan biyolojik, psikolojik ve sosyal kaynakların etkin kullanımı yoluyla insanın büyümesi ve gelişiminin ilerlemesidir (Akt. Erden, 2006). Billings ve Moos (1981) ise başaçıkmayı stresle bağlantılı, kişinin kendi kaynaklarını aştığını ya da tükettiğini düşündüğü kişi-çevre ilişkilerinin dış gereksinimleriyle baş etmek, azaltmak, üstesinden gelmek, en aza indirmek ya da dengeleyebilmek için gösterdiği bilişsel çaba olarak tanımlamıştır.

Aynı şekilde Freud organizmanın, insan davranışlarında gerilime neden olan anksiyete kavramına karşı birkaç koruyucu savunma geliştirdiğine inanmıştı. Bu savunma mekanizmaları gerçekliğin bilinçdışında çarpıtılması ve yalanlamasıdır. Freud kişinin uygun şekilde başa çıkamadığı kaygının derinden etkileyici bir hale geleceğine ve kişiyi çocuksu çaresizlik durumuna düşüreceğini ifade etmiştir (Schultz ve Schultz, 2007).

Stresle başa çıkmak herhangi bir şeyle başa çıkmaktan çok farklı değildir. Çünkü bunu yapma becerisi bireyin sahip olduğu fiziksel ve mental kaynaklara, kişiliğine ve kültürüne bağlıdır. Başa çıkma bir tür tedavi olabildiği için ilginç bir fenomendir. Bacak kırılması gibi fiziksel bir yaralanmada başarılı başa çıkma kemiğin iyileşmesinde çok az bir etkiye sahip olacaktır. Ancak stresörlerle başa çıkmak farklıdır. Bir stresörle başa çıkarak birey onu bir stresör olmak durumundan çıkarmaktadır. Bir şey stresör olmadığına elbette ki strese de neden olmayacaktır (Yerlikaya, 2007).

Baltaş ve Baltas (2012), stresle başa çıkma yollarını bedenle, zihinle ve davranışla ilgili olmak üzere üç grupta toplar. Birinci grupta bedene yönelik gevşeme egzersizleri, bedeni kontrol etme yolları, nefes egzersizleri ve fizik egzersizleri gibi yöntemler sunar. İkinci grupta bireylerin olayları değerlendirirken yorumladıkları bilişsel değerlendirmelerde, irrasyonel düşünceler ile rasyonel düşüncelerin yerini değiştirme çalışmaları yapılır. Üçüncü grupta ise beslenme alışkanlıklarına değinerek sağlıklı bir şekilde stresle başa çıkabileceğini ifade eder. Lazarus ve Folkman ise başa çıkma yöntemlerini problem odaklı ve duygu odaklı olarak ele alır. Probleme odaklı başa çıkma daha aktif bir stratejidir ve planlı eyleme giden mantıksal bir analizi içerir. Duyguya odaklı başa çıkma stratejisi ise pasif bir yöntemdir ve istenmeyen bir olaya bağlı olarak oluşan duyguları ortadan kaldırma çabasını içerir. Bireyin başa çıkma örüntülerinde her iki başa çıkma yöntemi birlikte bulunmakta ve etkileşim boyunca kullanılan yöntem değişmektedir. Problem odaklı davranışlar durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı bilinçli çabaları içerirken, duygulara yönelik yaklaşımlar genellikle, uzaklaşma kendini kontrol, sosyal destek ve kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (Akt; Partlak, 2003).

Folkman ve Lazarus, başa çıkma davranışlarını problem odaklı ve duygu odaklı olarak sınıflamaktadır (Folkman ve Lazarus, 1985). Problem odaklı başa çıkma, tehdit edici olayı ortadan kaldırma veya onun etkisini azaltma biçiminde problem çözme ve işlem yolları üzerinde odaklaşma gibi stresli durum unsurlarını

doğrudan değiştirmeye yönelik etkinlikleri içerir. Bunlar kendini kontrol altında tutma, sorumluluğunu kabul etme, planlı bir şekilde problem çözme, sorun üzerinde olumlu olarak durma, bilgi arama, çözümler üretme, stresli durumu değiştirmeye yönelik eylemlerde bulunmadır (Yerlikaya, 2007). Bu yaklaşım, stresli durumun etkisini azaltabilmek ya da ortadan kaldıracılabilmek amaçlıdır. Bu yaklaşımda bulunan kişiler pasif değil, aktif, mantıklı ve bilinçli bir rol içindedirler (Folkman ve diğ., 1986). Bu yaklaşımın iki temel dinamiği olan özgüven ve kontrol edebilirlik algısı, psikolojik stres vericilerin negatif etkisini azaltmada etkin bir role sahiptir (Holahan ve Moos, 1987).

İnsanların stres durumlarında gösterdikleri tepkilere bakıldığında bazı insanların bu durumun iç dünyalarında yarattığı etkilerle uğraştıkları ve özellikle olumsuz etkileri azaltmaya yöneldikleri görülür. Bu yaklaşım tarzı duygu odaklı başa çıkma olarak adlandırılır. Bu yaklaşım uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabul etme, olumlu yeniden yapılandırma, sorunu yok sayma gibi pasif tutumları içerir (Dugas ve diğ., 1995). Bu başa çıkma tarzında birey geçici bir süre için de olsa tehdit edici durumun etkisinden kurtulur. İnkâr ve sorundan uzak durma, kişiye daha sakin bir biçimde soruna yaklaşma fırsatı verdiği için psikolojik stresi kontrol etmede güçlü tekniklerdir (Türküm, 1999). Bu yaklaşımı benimseyen insanlar, stres verici bir durum ile karşılaştıklarında kaçınma mekanizmasını çok sık kullanırlar (Carver ve diğ., 1989). Kendilerini olayları kontrol edebilirlik gücü bakımında yetersiz hissetmektedirler (Dugas ve diğ., 1995).

İki farklı yaklaşıma genel olarak bakıldığında problem odaklı başa çıkma durumu değiştirme amaçlı aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli yöntemler kullanılırken duygu odaklı başa çıkma uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabul etme ve olumlu yeniden değerlendirme gibi pasif yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir (Folkman ve diğ., 1986). Problem odaklı başa çıkma yaklaşımında karşılaşılan stresli durum sorun çözülerek, karar verilerek veya direkt eylemde bulunarak çözülmeye çalışılır iken duygu odaklı başa çıkma yaklaşımında stres veren duygular düzeltilerek çözülmeye çalışılır (Folkman ve Lazarus, 1985). Kişinin eğer yaşadığı stresli durumu kontrol edemeyeceğini düşünüyor ise bu durumda duygusal odaklı başa çıkma tutumlarına yönelir iken durum üzerinde kontrol edilebilirlik inancına sahip olduğu anda bilişsel çabalara ve problem odaklı başa çıkma tutumlarına yönelmesi iki yaklaşımı birbirinden ayıran durumlardan biridir (Pearlin ve Schooler, 1978).

Başaçıkma tutumları aktif ve pasif (kaçınmacı -avoidant) tutumlar olarak da sınıflandırılmaktadır. Aktif başaçıkma tutumları doğrudan stres kaynağını hedef olarak alıp ve stresörün ortadan kaldırılmasını hedeflerken, pasif başa çıkma tutumlarında stres kaynağından uzaklaşma çabası temeldir. Aktif başaçıkma stratejileri, stres kaynağının kendisi veya kişinin onun hakkında nasıl düşündüğünün doğasını değiştirmek için düzenlenmiş davranışsal veya psikolojik tepkilerdir; oysaki kaçınmacı başaçıkma stratejileri, insanları, stresli olayları tam olarak belirlemekten uzaklaştıran faaliyetlere (alkol kullanımı gibi) veya akli durumlara (geri çekilme gibi) sürüklemektedir (Rohde ve diğ. 1990). Genel olarak söylemek gerekirse, aktif başaçıkma stratejileri, davranışsal ya da duygusal, stresli durumlarla başaçıkma için daha iyi bir yol olarak görülürler ve kaçınmacı başaçıkma stratejileri, psikolojik risk faktörü veya stresli yaşam durumlarına karşı ters tepkilerin işareti olarak ortaya çıkmaktadır (Holahan ve Moos, 1987).

Kişinin stresi ne seviyede algıladığı da, kişinin yöneldiği başaçıkma tutumunu belirlemektedir. Eğer yaşanan bir olay yüksek seviyede duygusal ve bilişsel çaba gerektiriyor ise o olayı sonuçlandırmak zorlaşır. Dolayısıyla kişi, olay ile başaçıkma zor bulunca duygusal odaklı ve savunmacı davranışlar ile stresle başaçıkma çalışır. Kişinin olayın tehdit ediciliğini yüksek görmesi ve kendisinde bu tehdit ediciliği dengeleyecek kişisel faktörler ve sosyal destekleri bulamaması, onu duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmaya yönlendirir. Ancak kişi sahip olduğu fiziksel, bilişsel ve uyumsal davranışları ile çabalayarak tehdit edici olayı dengeleyebileceğini düşünüyorsa o zaman kaçınma türü davranışlar gösterme ihtiyacı hissetmez (Palancı, 2000: 11).

Bireylerin, stresli durum karşısında kullanabilecekleri çeşitli başaçıkma tepkileri vardır. Bunlardan bazıları işlevsel bazıları da işlevsiz olabilir. Her bireyin sağlıklı ve iyi oluş hali uygulanan stratejilere bağlıdır. Duygu odaklı başaçıkmanın daha pasif bir başaçıkma yöntemi olduğuna dair bulgular bulunsa da; eğer problemi değiştirmekle ilgili bir şey yapılamayacağına dair kanıtlar varsa ve problem odaklı stratejiler başarısız olursa, kişi önemli ölçüde stres yaşayabilir, bu nedenle duygu odaklı stratejiler seçmek en iyi yöntem olacaktır (Lazarus, 1993).

Ziyalar (2006) ise stresle başaçıkma, bireysel olarak yapılabilecekler olarak beş grupta ele almıştır. Bunlar; kişisel uyum, başaçıkma girişimleri ve süreçleri, pozitif düşünme biçimi, güvenli bir tavrın benimsenmesi ve zaman ayarlanmasıdır:

1. Kişisel uyum, kişinin stresle başa çıkması için kendisi ve çevresiyle yapacağı uyumu kapsamaktadır.
2. Başa çıkma girişimleri ve süreçleri, stresi azaltmak için yapılacak girişimlerin aile ve çevre tarafından desteklenmesi demektir.
3. Pozitif düşünme biçimi soyut düşüncenin gelişmesiyle oluşmaktadır.
4. Güvenli bir tavrın belirlenmesi, aile ve çevrenin kişiye güvendiğini belli edecek şekilde davranması ve bunu belli edecek şekilde bireye duyurması yoluyla oluşur.
5. Zaman ayarlanması ise zamanın iyi kullanılması, kişinin hayatındaki kısa ve uzun dönemde yapacağı işleri programlaması ve bunlar için sıra tertip etmesi, her biri için yeterli zamanı ayarlaması şeklinde olmaktadır.

Pearlin ve Schooler (1978) tarafından tanımlanan üç faktörlü stresle başa çıkma sınıflamasında ilk yapı, zorlayıcı bir yaşantı ortaya çıkmadan önce stresin birincil kaynağını kontrol etmeye, değiştirmeye veya ortadan kaldırmaya yönelik tepkileri içerir. İkincisinde, olay gerçekleşikten sonra, stres yaşantısının ortaya çıkmasını önlemek amaçtır. Bu duruma verilen anlamın kontrolünü ve problemi çözmeye yönelik çabaları içerir. Son olarak, stres ortaya çıktıktan sonra bu stresi kontrol etme ile ilgili tepkiler ortaya çıkar. Bu tepkiler, problemin duygusal sonuçlarını başa çıkılabilir sınırlar içinde tutmayı amaçlar. İnkâr, görmezden gelme, pasif kabul, geri çekilme, ümitsizlik ve ilginin başka yöne çekilmesi gibi çabalar stresi kontrol etmeyle ilgili tepkilere örnek verilebilir. Başarılı bir başa çıkma için gerçekliğin tam doğru bir algısı ve stresörle doğrudan yüzleşmenin (problem odaklı başa çıkma) her zaman gerekli olmadığı ve kontrol edilemeyen strese karşı daha az uyumsal olabileceği belirtilmiştir.

Oluşumunda birçok çevresel faktörün rol oynadığı stres fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört temel alanda belirtiyeye yol açmaktadır. Stresin bu alanlarda olumsuz etkilerinin oluşmasında başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalmasının temel rol oynadığı kabul edilmektedir. Ek olarak stresli koşulları tehdit edici olarak algılanmasında kişilik özelliklerinin ve başa çıkma yeteneklerini önemli olduğu da belirtilmiştir (Selye, 1956: 626).

Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşıldığında birey için günlük yaşamda kullanılan uyum mekanizmalarının sarsılması ya da yeterince kullanılmaması, geleceğe yönelik önemli beklenti ve planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamına gelebilmektedir (Eylen, 2001).

Fiziksel engellilik durumunda hastalığın kabulü ve mümkün olan en az acı ile kaliteli yaşamı sürdürebilmeye dönük psikolojik ve davranışsal çabaların tümüdür.

1. Hastalığın ne olduğu, etkilenen organ, fiziksel işlev kaybı
2. Hastalıkla ilgili önceki deneyimler
3. Ailenin hastalığa tepkisi
4. Çevre destek sistemleri
5. Hasta rolüne ilişkin tepkiler
6. Hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal uyum ve tutumlar
7. Hastalığın kişi için anlam ve önemi
8. Hastalığın genel fiziksel ve psikolojik potansiyeli
9. Hasta bireyin kişilik yapısı ve başa çıkma süreçleri (Özkan, 1999: 140).

Yaşanan fiziksel engeli takip eden ilk günlerde aile bireyleri birçok konuda endişe duymaktadır. Kişinin tedavisinin etkin bir şekilde yapılıp yapılmadığı veya en iyi tedavi yönteminin ne olduğu konusundaki arayışlar, bundan sonraki sürecin nasıl gelişeceğine ilişkin bilinmezlikler bu kaygının temelini oluşturur. Bu sürece destek olacak çeşitli meslek elemanları (psikolog, fizik tedavi uzmanı vs.) ile ilişki içinde olmak konuya ilişkin bilgi kazanılmasına yardımcı olmaktadır.

Başlangıçtaki başa çıkma tutumları hastalığın kişi üzerinde oluşturacağı stresin olağan seyrini etkileyerek sorunun çözümünü daha da karmaşık hale getirmektedir. Şizofreni hastalarının kullandığı başa çıkma stratejileri ile kavrama yetileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bireyin kullandığı başa çıkma tutumlarında kavrama yetisinin belirleyici olduğunu göstermiştir. Kavrama yetisini de içeren bilişsel yetersizliğin belirgin olduğu şizofreni hastalarının başa çıkma stratejilerinin problem çözmede daha az etkili olduğu gösterilmiştir (Hall ve diğ., 1997: 106).

2.5. İlgili Çalışmalar

Denetim odağı, stresle başa çıkma ve hemipleji hastaları ile ilgili yapılmış olan çalışmalar bu bölümde anlatılmaktadır.

2.5.1. Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar

Stresle başa çıkma tarzlarına denetim odağının da etkisinin olduğu yapılan araştırmalardan anlaşılmaktadır (Bilal ve Dağ, 2005; Palancı, 2000). Dıştan denetimli kişilerin stres yaratan bir olayla karşılaşınca durumu talihsizlik, şans veya kader diye yorumlarken, içten denetimli kişilerin ise olayın çözümlenmesine yönelik davranışlarda buldukları gözlenmektedir.

Aksoy'un (2008) Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 412 kişi üzerinde uyguladığı "Psikolojik Şiddet'in (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi" konulu araştırması sonucunda genç ve bekar çalışanların psikolojik yıldırmaya daha çok maruz kaldıkları ortaya konulmuştur. Ayrıca mevcut stres kaynakları ile başa çıkılamaması ve psikolojik yıldıрма davranışlarının da ortaya çıkması ile bireylerde tamiri zor olan hastalıklar ortaya çıkacağı belirtilmiştir.

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 yapılandırma stratejisini daha çok kullandıkları görülmüştür.

Psoriyazisle (sedef hastalığı) yapılan bir başka çalışmada ise hastalığın başlangıcı ve alevlenmesi ile stres etkenleri arasında bir bağ kurulamamıştır. Bunun nedeninin kişilerin stresle başa çıkma mekanizmalarının ve yaşanan olaydan çok, kişide yarattığı etkinin farklı olmasının olabileceği ileri sürülmüştür (Mercan ve Altunay, 2006).

Karahan ve Kaydok (2013) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada hemiplejili olgularda depresyon ve kaygı düzeyinin ortaya konması ve yaş faktörünün etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sorularına yanıt bulabilmek adına yaşın etkisini ortaya koyabilmek için hastalar 65 yaş ve üzeri geriyatrik (GER) grup ve 65 yaş altı geriyatrik olmayan (NGER) grup olmak üzere ikiye ayrılarak istatistiksel karşılaştırmalar yapılmıştır. GER grubunda %20,5 (9) hafif, %47,7 (21) orta, %2,3 (1) şiddetli düzeyde depresyon olduğu görülmüştür. NGER grubunda ise %30,8 (12) hafif, %30,8 (12) orta düzeyde depresyon bulguları olduğu görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmada geriyatrik grubun fonksiyonel

bağımsızlık ve kognitif fonksiyon düzeyleri daha geride bulunurken daha ciddi düzeyde depresyon ve anksiyete bulguları gösterdiği belirtilmiştir.

2.5.2. Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Bir görüşe göre, hastaları fazla sorumluluk almaya itmenin endişe duygusunda artmaya ve zayıf uyuma neden olabileceğine dikkat çekmiştir. Dolayısıyla, kişisel kontrol duygusunun az olduğu veya başa çıkma zorluklarına neden olabileceği durumlarda güçlü diğerlerinin kontrolü altında olmanın işlevsel olabileceği düşünülmektedir. İkinci bir görüş ise, bireylerin hala kontrol edebilecekleri alanlara odaklanarak bu alanları kontrol etmeye çalışmanın işlevsel yönleri olduğudur (Thompson ve diğ, 1993).

Pucheu ve diğerleri (2004) periton diyalizi hastalarında yaptıkları bir araştırmada, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık bileşeni ile iç sağlık kontrol odağı arasında pozitif ilişki, zihinsel sağlık bileşeni ile de dış sağlık kontrol odağı arasında negatif ilişki olduğunu bulmuştur.

Hemipleji ya da bir diğer ifade ile vücudun bir tarafının felç olma durumu bir sakatlık ya da bir hastalık sonucunda olmakta ve bireyin yaşamında başka engellere yol açmaktadır. Hemiplejisi olan hastalar günlük yaşam aktivitelerinde de kısıtlılıkla yaşarlar. Bu kısıtlılık hastaların sosyal iyi oluşlarını etkilemekte ve depresyona yol açmaktadır (Chan ve Wong, 2012: 1).

Chan ve Wong (2012) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada bireydeki hemipleji ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Hong Kong'da yaşayan bir hemipleji hastası ile gerçekleştirilen vaka çalışmasına da yine bu çalışma kapsamında yer verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre hemiplejisi olan erkek hastalar depresyonu farklı bir şekilde yaşamaktadırlar. Rehabilitasyon, sosyal destek ve ortaklıklar, yaşanan depresyonun ve başa çıkma stratejilerini etkilediği görülmüştür (Chan ve Wong, 2012: 1-17).

Hastalar ilk etapta yaşanan kaybın şoku ile dağılmış, korkmuş ve kaygılı bir duygusal tepki vermektedirler. Sonrasında ilk olarak durumu kabullenmeme, inkar etme, durumun geçici olduğuna inanma gibi tepkiler verilmektedir. Ancak uzun vadede reddetme hali hastanın psikolojik iyileşmesini engellemektedir. Reddetme hali, konuya ilişkin araştırma yapma ve içinde bulunduğu durumun gerekliliklerini öğrenme noktasında hastayı durdurduğu için yeni yaşam şekline uyum sağlamasını

yavaşlattığı gözlemlenmektedir. Fiziksel engelle tanışan hastanın psikolojik seyrinde ikinci adım ise yüzleşmedir. Yüzleşme; derinden duyulan kayıp ve yas hissiyle, ağlama nöbetleriyle veya donup kalma gibi tepkilerle yaşanabilir. Bu noktadan sonra hasta yaşadığı kayıp neticesinde yas tutma sürecine girmektedir. Hastanın bağımsızlığının kaybolması, bazı becerilerinin geri dönülmeyecek şekilde kaybedilmiş olması yas sürecinin temasını oluşturur. Bu zaman dilimine gelmiş hastanın birinci derecede bakımını üstlenen kişiler tarafından anlayışla karşılanması ruh sağlığı açısından önem arz etmektedir (Kulaksızoğlu, 2011).

Hemiplejili hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda çelişkiler görülebilmektedir. Bu farklılıkların, standart olmayan ölçümler, çalışmaya alınma zamanı, yer, tedavi farklılığı gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. İlk değerlendirmedeki fonksiyonel ve nörolojik durum yaşam kalitesi açısından önemlidir. Düşük eğitim seviyesi, sosyo-kültürel ve ekonomik düzey, ileri yaş, cinsiyet, ek sağlık problemleri (diyabet gibi), spastisite, depresyon ve yorgunluk, sosyal destek ve bakıcının durumu, yaşam kalitesini etkilemektedir (Tengs, 2001: 965). Hemipleji sonrası 1. yılda, fonksiyonel yönden ve yaşam kalitesi açısından %50 iyileşme olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi skorlarının, yaş, eğitim ve komorbiditeden bağımsız olduğu belirtilmektedir. Yaşam kalitesi üzerine, özürüllüğün depresyondan daha etkili olduğu, sosyal desteğin depresyon için belirleyici olup, kadınlarda daha düşük skorlar alındığı görülmüştür (Larson ve diğ, 2005: 440).

Evans ve diğerleri (2000) ise kronik hastalıklarda dış kontrol odağı inançlarının depresif belirtileri etkileyebileceğini ve ümitsizlik duygusu ile stres yaşantısına neden olabileceğini ileri sürmüştür.

Buunk ve diğerlerinin (2006) gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, spinal kord hasarı olan 70 hasta ile çalışılmış ve sosyal karşılaştırma, başaçıkma ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda daha az ciddi durumda lezyonu bulunan hastaların yukarı karşılaştırmaları daha fazla yaptıkları, diğerlerini suçlayan başaçıkma stratejisini kullandıkları ve daha fazla depresyon yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Aşağı yönlü karşılaştırmanın daha ziyade yapıcı başaçıkma stratejisi olarak kullanıldığı görülmüştür. Ayrıca yukarı doğru yapılan karşılaştırmaların depresyon ile daha fazla ilintili olduğu belirtilmiştir.

Bond ve diğerlerinin (2004) yaptığı çalışmada baş ağrılı hastaları üç gruba ayırmışlardır. Birinci gruba medikal tedavinin yanında hastalıkla ilgili bilgi ve hastalıkla başaçıkma becerileri konusunda öz yeterliliklerini artıracak bir video ile

eğitim; ikinci gruba medikal tedavi ve sadece hastalıkla ilgili bilgi; üçüncü gruba ise sadece medikal tedavi vermişlerdir. Bu üç grubun bir ay sonraki takiplerinde, birinci grupta (öz yeterlilik ile ilgili video izletilen grup) tetikleyici faktörler günlüğü kullanımında, aşırı doz ilaç kullanımından kaçınmada, derin nefes egzersizleri kullanımında, hayal kurma, boyun ve üst ekstremitelere germe egzersizleri kullanımında diğer gruplara göre anlamlı derecede artma olmuştur.

Sneed ve diğerleri (1992) yeni teşhis konulan hastalardan ve uzun süre öncesinde teşhis almış hastalardan oluşan 668 kişiye e-posta yoluyla cevapladıkları kapsamlı soru formu göndermişlerdir. Hastaların yanıtlarından sonra başaçıkma ile ilgili beş faktör tanımlamışlardır; sosyal destek arama ve alma/kullanma, olumluya odaklanma, uzak tutma (distancing), bilişsel kaçınma ve davranışsal kaçınma. Sonuçlar, katılımcıların kanser stresörüyle birden fazla yolla başağıktıkları ve en öncelikli kullanılan başaçıkmanın uzak tutma (distancing) olduğunu göstermiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda, öz yeterlilik arttıkça yaşam kalitesinin ve hastalıkla başaçıkma stratejilerinin arttığı, ağrı yoğunluğu, anksiyete, stres ve depresif semptomların azaldığı görülmüştür (French ve diğ., 2000).

Keedy (2009) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada kronik sırt ağrısı yaşayan sağlıklı ilintili denetim odağı, acı odaklı öz yeterlik ve kronik sırt ağrısının derecesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Kronik Acı Öz Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya 28 – 72 yaş aralığında 61 hasta katılmıştır. Araştırmaya katılan hastalar kronik sırt ağrısı rehabilitasyon programını tamamlayan kişiler arasından seçilmiştir. Araştırma neticesinde, gerçekleştirilen regresyon analizi göstermiştir ki dışsal denetim seviyesi yüksek olan bireylerde öz yeterlik seviyeleri daha yüksektir.

Hillen ve diğerlerinin (2014) yaptıkları çalışmada ise kronik hastalığı olan 62 hasta ile çalışılmıştır. Bu çalışmada yan etkilerinin karıştırıcı değişken olmasını önlemek için katılımcılar çalışma öncesi kas gevşetici eğitim programına katılmışlardır. Bu eğitimin ardından ise Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular göstermiştir ki hastalar yüksek seviyede dış denetim odağına sahiptir, düşük seviyede dürtüsellik seviyesine sahiptir ve düşük seviyede olumsuz duyuşa sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgular göstermiştir mi kişisel kontrolün az olduğu tıbbi durumlarda dış denetim odağına sahip olabilmenin bir takım avantajları olabilmektedir.

Finlayson ve Rourke (1978) denetim odağının rehabilitasyon üzerindeki yordayıcılığının araştırdığı bir çalışmada tedavi motivasyonunun iç ve dış kontrol odaklarından etkilendiği, ancak tedavi başarısı üzerinde bir etki yapmadığı gözlenmiştir. Araştırmacılar bu sonuç üzerine konuyla ilgili daha birçok araştırma ihtiyacı olduğunu söylemiştir.

Kontrol odağının sıkıntı, depresyon, anksiyete, stres, çaresizlik duygusu ve duygu durumu bozuklukları gibi bazı psikolojik sonuçlarla ilişkisi literatürde sık karşılaşılan konulardan biri olmuştur. Örneğin, yüksek dış odaklılığın daha fazla psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğunu belirtilmiştir (Wu ve diğ., 2004).

Chan ve diğerlerine (2000) göre içten denetimli bireylerin kontrol çabasının durum gerçekten kontrol edilebilir olduğunda yararlı olduğuna dikkat çekmiştir. Diğer yandan dış kontrol odaklı bireylerin psikolojik zorluk geliştirme riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Ivancevich ve Matteson (1980) çalışmalarında, denetim odağı ile stres arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Jennings'in (2007) yaptığı çalışmaya göre de, stres ve denetim odağı birbiriyle bağlantılıdır.

Bernardi, (2001) ise çalışmalarında, içten denetimli bireylerin daha düşük düzeyde anksiyete yaşadıklarını göstermektedir.

Meijer ve diğerlerinin (2002) belirttiğine göre içten denetimli olmak var olan hastalığın kontrol altına tutulabileceğine olan inançla birlikte düşünülebilir (Akt. Çoruh, 2003).

Tüm bu verilerin ışığında denetim odağı ile stresle başa çıkabilme arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğunu belirtebiliriz. Dolayısıyla iç kontrol odaklı bireylerin birçok durumda dış kontrol odaklı bireylere göre stresle başa çıkabilme kabiliyetleri daha yüksektir ve var olan hastalıklarıyla daha etkin baş edebilmektedirler.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın evreni, araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler ile ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada hemipleji hastalarında denetim odağı ve stres ile başaçıkma yolları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Var olan bir durumu saptamak amacı olduğu için ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir. Hemipleji hastalarının denetim odakları ile stres ile başaçıkma yolları arasında nasıl bir ilişki olduğu araştırılmıştır. Ayrıca bu değişkenlerin çeşitli demografik bilgilere ve sorun yaşanan davranışlara göre değişip değişmediği incelenmiştir.

Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan onu uygun bir biçimde gözleyip belirleyebilmektir (Karasar, 2013: 77).

İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişim varlığının ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. Bu tür bir düzenlemede, aralarında ilişki aranacak değişkenler, tekil taramada olduğu gibi, ayrı ayrı sembolleştirilir. Ancak bu sembolleştirme (değerler verme, ölçme), ilişkisel bir çözümlenmeye olanak verecek şekilde yapılmak zorundadır (Karasar, 2013: 81).

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Ocak ve Nisan 2014 tarihleri arasında İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Bayrampaşa Belediyesi Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezi'nde hemipleji tanısı ile tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini anketleri cevaplamayı kabul eden 72 hemiplejik hasta oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler anket yoluyla toplanmıştır. Araştırmada verileri toplamadan önce araştırmanın amacını ve katılımın gönüllü olduğunu belirten “Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu” sunulmuştur (Ek 1). Katılımcının onay vermesi ile aşağıda tanımlanan formlar uygulanmıştır.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

“Sosyo-Demografik Bilgi Formu”nda cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi ve sosyal güvence durumu sorularının yanı sıra hastalıkla ilgili olan; tedavi alıp almadığı, tedavi süresi, tedavi şekli, kaç kez felç geçirdiği, hastalıkla ilgili herhangi bir eğitim alıp almadığı, eğer aldıysa kimden aldığı, hastalığı hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğu, felç türü, konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamadığı, bakım veren, felç dışında başka bir hastalık geçirip geçirmediği, atfedilen geçirme sebebi, hastalık nedeniyle sorun yaşadığı davranışların hangileri olduğu sorulmuştur. Araştırmacı tarafından geliştirilen formda herhangi bir kimlik bilgisi istenmemektedir. Günlük işlevselliğinde sorun yaşadığı davranışlar sorulurken geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve diğerleri tarafından yapılarak Türkçeye uyarlanan ve fonksiyonel bağımsızlığı ölçmeyi amaçlayan Barthel İndeksi'nden faydalanılmıştır. Mahoney ve Barthel'in (1965) geliştirdiği bu indekste yer alan davranışlara göre bir madde oluşturulmuştur. Sorun yaşanan davranışlar olarak Barthel İndeksi kapsamında beslenme, tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler, kendine bakım, klozete oturup kalkma, yıkanma, düzgün yüzeyde yürüme, tekerlekli sandalyeyi kullanabilme, merdiven inip

çıkma, giyinip soyunma, bağırsak bakımı, mesane bakımı sorulmuştur (Küçükdeveci ve diğ., 2000). Sosyo-Demografik Bilgi Formu Ek-2’de yer almaktadır.

3.3.2. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

Araştırmada stres ile başaçıkma yollarını belirlemek amacıyla Lazarus ve Folkman (1980) tarafından geliştirilen, özgün adı “Ways of Coping Inventory” olan Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek orijinal hali olan 66 maddelik formundan, dörtlü likert tarzında cevaplanacak 30 maddelik formuna dönüştürülmüştür. Stresle başaçıkma kullanılan probleme yönelik/aktif ve duygulara yönelik/pasif olmak üzere iki ana tarz belirlenmiştir. Aktif tarzın alt boyutları kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma; pasif tarzın alt boyutları çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım olmak üzere ölçeğin toplam beş alt boyutu bulunmaktadır. Puanların yüksekliği hangi tarzı daha çok kullandığını göstermektedir. Stresle etkili olarak başaçıkabilmenin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile; etkisiz başaçıkmanın diğer bir deyişle başaçıkamayanların ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullandıkları belirtilmiştir (Şahin ve Durak, 1995).

Ölçek 0-3 arası puanlanarak değerlendirilir (0=%0, 1=%30, 2=%70, 3=%100).

1. ve 9. maddeler ters puanlanır. Her alt boyut puanı ayrı ayrı hesaplanır, toplam puana bakılmaz. Ölçek faktörleri ve ilişkin açıklamalar:

1) **Kendine Güvenli Yaklaşım:** Problemin önemini farkına varmak, çözüm ve çözüm seçeneklerini değerlendirmek, çözüme yaklaşırken daha planlı ve dikkatli olmak; karşılaşılan problemi değiştirmeye yönelik bilinçli, mantıklı, aktif bir çaba göstermektir (8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeler).

2) **Çaresiz Yaklaşım:** Herhangi bir problem veya olay karşısında problemi çözme yerine kendini suçlama ve güçsüz bulmaktır (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeler).

3) **İyimser Yaklaşım:** Problemlere daha sakin bir tavır ile yaklaşıp sorun karşısında iyimser ve hoşgörülü olmak, sakin ve mantıklı bir değerlendirme yapmaktır (2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler).

4) **Boyun Eğici Yaklaşım:** Kendini çaresiz hissedip, olaylara daha gerçek dışı yaklaşmak, doğüstü güçlerde çözüm aramaktır (5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler).

5) **Sosyal Destek Arama Yaklaşımı:** Sorunları diğer insanlarla paylaşmak ve sorunu çözümlmek için başkalarından yardım almaktır (1, 9, 29 ve 30. maddeler).

Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği'nin Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan üç ayrı çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları iyimser yaklaşım alt boyutunda .68 ve .49 arasında, kendine güvenli yaklaşım alt boyutunda .62 ve .80 arasında, çaresiz yaklaşım alt boyutunda .64 ve .73, boyun eğici yaklaşım alt boyutunda .47 ve .72, sosyal desteğe başvurma alt boyutunda ise .47 ve .45 arasında çıkmıştır.

Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Ek-3'te yer almaktadır.

3.3.3. Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

Hastaların denetim odaklarını belirlemek amacıyla Rotter (1966) tarafından geliştirilen, özgün adı “ Rotter's Internal-External Locus of Control Scale ” olan Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmalarında test- tekrar test güvenilirlik kat sayısı .83, Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .70 ve Kuder-Richardson 20 formülü ile hesaplanan güvenilirlik katsayısı .68 bulunmuştur (Dağ, 1991).

Ölçek, her biri için iki adet cevaptan birinin seçilmesi zorunlu olan 29 maddeden oluşmaktadır. Altı madde (1, 8, 14, 19, 24, 27) ölçeğin amacını gizlemek için dolgu maddesi olarak yerleştirilmiştir ve değerlendirmeye katılmamaktadır. Diğer seçenekler için puanlama 2, 6, 7, 9, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25 ve 29. maddeler için a seçeneği 1 puan; 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 22, 26 ve 28. maddeler için b seçeneği 1 puan şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en az puan 0, en çok puan 23'tür. Alınan puanların yüksekliği bireyin dıştan denetim odağı eğiliminin arttığını gösterir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Bireyin kendi başına cevaplayabileceği gibi grup uygulamasına da uygun bir ölçektir. Uygulama için herhangi bir zaman sınırlaması yoktur.

Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Ek-4'te yer almaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Form ve ölçekler Ocak ve Nisan 2014 tarihleri arasında İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan ve polikliniğe gelen hemipleji hastaları ile Bayrampaşa Belediyesi Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezi'ne gelen hemipleji hastalarına uygulanmıştır. Uygulama için gerekli izin T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden alınmıştır (Ek-5). Uygulama için gerekli etik kurul onayı T. C. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-6). Anketler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Anket uygulaması için hastaların farklı fiziksel kısıtlamaları olduğu için herhangi bir zaman kısıtlaması uygulanmamıştır.

Ocak ve Nisan 2014 tarihleri arasında İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Bahçelievler ve Yenibosna Hizmet Binalarında yatmakta olan ya da polikliniğe gelen, Bayrampaşa Belediyesi Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezi'ndeki hemipleji tanılı hastalara tek tek araştırmanın hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla anket görüşmesi yapılmıştır. Araştırmaya katılabilecek ve anketleri cevaplayabilecek derecede iletişim becerine sahip bireyler ile konuşma yetisi zarar görmüş ancak anketleri cevaplayabilecek bilişsel düzeye sahip bireyler ile el kol, kaş göz ya da bakım vereni yoluyla iletişime geçilip veri toplanmıştır.

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Bu araştırmada anket ile toplanan ham veriler araştırmacı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22. paket programı ile bilgisayarda tanımlanmıştır. Sonuçlar yine bu program ile istatistiksel olarak hesaplanmıştır ve yorumlanırken istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak .05 esas alınmıştır. Tablo çizimlerinde Microsoft Office Excel 2007 programından yararlanılmıştır.

Araştırmanın alt amaçları doğrultusunda şu çözümler yapılmıştır:

Sosyo-Demografik Bilgi Formundan elde edilen verilerin frekans (f) ve yüzde sıklık (%) dağılımları hesaplanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun

incelenmesinde Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalar parametrik ölçümlerde t-testi, parametrik olmayan ölçümlerde Mann Whitney U testi aracılığıyla yapılmıştır. İki den fazla değişkenli karşılaştırmalarda parametrik olmayan ölçümlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkiler bakılırken Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği'nde Dağ (1990) tarafından standart tablo ve norm çalışması verilmediği için istatistiksel işlemler ham puanların medyanı olarak hesaplanmıştır; medyan değeri 13 altında olanlar iç; 13 ve üzerinde olanlar dış denetim odaklı bireyler olarak hesaplanmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırmanın alt amaçları doğrultusunda yapılan istatistiksel analizler, bulgular ve yorumlar yer almaktadır.

4.1. Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu çalışmada yanıt aranan birinci alt amaç “Hemipleji hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgileri ile sorun yaşadıkları davranışlar nasıl bir dağılım göstermektedir?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Hemipleji Hastalarının Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı

		<i>f</i>	%
Cinsiyet	Kadın	39	54,20
	Erkek	33	45,80
Yaş	30 ile 39 yaş arası	8	11,10
	40 ile 49 yaş arası	10	13,90
	50 ile 59 yaş arası	18	25,00
	60 ile 69 yaş arası	22	30,60
	70 yaş ve üzeri	14	19,40
Medeni Durum	Bekar	15	20,80
	Evli	57	79,20
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	14	19,40

	İlkokul mezunu	33	45,80
	Ortaokul mezunu	10	13,90
	Lise mezunu	10	13,90
	Üniversite ve üzeri	5	6,90
Meslek	Emekli	5	6,90
	Ev hanımı	34	47,20
	Memur	8	11,10
	Serbest Meslek	16	22,20
	İşçi	9	12,50
Gelir düzeyi	Düşük	37	51,40
	Orta	35	48,60
Sosyal Güvence	Var	72	100,00
Geçirilen Felç Sayısı	1 Kez	58	80,60
	2 Kez ve Üzeri	14	19,40
Tedavi Görme	Evet	72	100,00
Tedavinin Şekli	Ayakta tedavi	11	15,30
	Yatarak tedavi	61	84,70
Tedavinin Süresi	0 ile 12 ay arası	29	40,30
	13 ile 24 ay arası	23	31,90
	25 ay ve üzeri	20	27,80
Hastalığı Hakkında Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu	Hayır	53	73,60
	Evet	19	26,40
Hastalık Hakkındaki Eğitim Kimden	Hayır	53	73,60
	Doktor	11	15,30
	Aile	8	11,10

Bilgi Düzeyi	Bilgisi yok	46	63,90
	Kısmen bilgisi var	26	36,10
Felç Türü	Sağ hemipleji	32	44,40
	Sol hemipleji	40	55,60
Konuşma Bozukluğu (Afazi)	Hayır	25	34,70
	Evet	47	65,30
Bakım Veren	Yok	7	9,70
	Aile	5	6,90
	Eş	30	41,70
	Çocuk yada gelin	25	34,70
	Bakıcı	5	6,90
Başka Hastalık	Hayır	34	47,20
	Evet	38	52,80
Felç Geçime Sebebi	Yüksek tansiyon	22	30,60
	Stres	11	15,30
	Bilmiyor/aniden	21	29,20
	Pıhtı/damar	10	13,90
	İlaç ve operasyon sonrası	8	11,10

Tablo 4.1.1'deki bulgular aşağıda açıklanmıştır.

Araştırma dahilinde Sosyo-demografik Bilgi Formunu'nu yanıtlayan 72 hemipleji hastasının 39'u (%54,2) kadınlar ve 33'ü (%45,8) erkeklerden oluşturmaktadır.

Hemipleji hastalarının 22'si (%30,6) 60 ile 69 yaş arasında, 18'i (%25,0) 50 ile 59 yaş arasında, 14'ü (%19,4) 70 yaş ve üzerinde, 10'u (%13,9) 40 ile 49 yaş arasında ve 8'i (%11,1) 30 ile 39 yaş arasındadır. Hemipleji hastalarının 57'si (%79,2) evli ve 15'i (%20,8) bekadır. Hemipleji hastalarının 14'ü (%19,4) okuryazar değil, 33'ü (%45,8) ilkokul mezunu, 10'u (%13,9) ortaokul mezunu, 10'u (%13,9) lise mezunu ve 5'i (%6,9) üniversite ve üzeri mezunudur.

Hemipleji hastalarının 34'ü (%47,2) ev hanımı, 16'sı (%22,2) serbest meslekle uğraşiyor, 9'u (%12,5) işçi, 8'i (%11,1) memur ve 5'i (%6,9) emeklidir.

Hemipleji hastalarının 37'sinin (%51,4) geliri düşük ve 35'inin (%48,6) geliri orta düzeydedir.

Hemipleji hastalarının tümü sosyal güvence sahibidir.

Hemipleji hastalarının 58'i (%80,6) bir kez felç geçirmiş, 14'ü (%19,4) iki ve daha fazla sayıda felç geçirmiştir.

Hemipleji hastalarının 61'i (%84,7) yatarak ve 11'i (%15,3) ayakta tedavi görmektedir.

Hemipleji hastalarının tümü tedavi görmektedir.

Hemipleji hastalarının 29'u (%40,3) 0 ile 12 ay arası, 23'ü (%31,9) 13 ile 24 ay arası ve 20'si (%27,8) 25 ay ve daha fazla süredir tedavi görmektedir.

Hemipleji hastalarının 53'ü (%73,6) felç hakkında herhangi bir eğitim almamış ve 19'u (%26,4) felç hakkında eğitim almıştır.

Hemipleji hastalarının 53'ü (%73,6) felç hakkında herhangi bir eğitim almamış, 11'i (%15,3) doktordan felç hakkında bilgi almış ve 8'i (%11,1) ailesinden felç hakkında bilgi almıştır.

Hemipleji hastalarının 46'sının (%63,9) felç hakkında bilgisi yoktur ve 26'sı (%36,1) felç hakkında kısmen bilgi sahibidir.

Hemipleji hastalarının 40'ının (%55,6) felç türü sol hemipleji ve 32'sinin (%44,4) felç türü sağ hemiplejidir.

Hemipleji hastalarının 47'si (%65,3) konuşma bozukluğu yaşamış ve 25'i (%34,7) konuşma bozukluğu yaşamamıştır.

Hemipleji hastalarının 30'una (%41,7) eşi tarafından bakım verilmekte, 25'ine (%34,7) çocuğu ya da gelini tarafından bakım verilmekte, 7'sinin (%9,7) bakım vereni yok, 5'ine (%6,9) ailesi (anne ve baba) tarafından bakım verilmekte ve 5'ine (%6,9) bakıcı tarafından bakım verilmektedir.

Hemipleji hastalarının 38'inin (%52,8) felç dışında başka hastalıkları bulunmakta ve 34'ünün (%47,2) felç dışında başka bir hastalığı bulunmamaktadır. Hemipleji hastalarının 22'si (%30,6) yüksek tansiyondan dolayı felç geçirdiğini düşünmekte, 21'i (%29,2) neden felç geçirdiğini bilmemekte, 11'i (%15,3) stresten dolayı felç geçirdiğini düşünmekte, 10'u (%13,9) damarlarda pıhtılaşma nedeniyle felç geçirdiğini düşünmekte ve 8'i (%11,1) ilaç ve operasyon sonrasında felç geçirdiğini düşünmektedir.

Tablo 4.1.2. Hemipleji Hastalarının Sorun Yaşadıkları Davranışlarına Göre Dağılımı

		<i>F</i>	<i>%</i>
Beslenme	Yok	66	92,70
	Var	6	8,30
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferler	Yok	54	75,00
	Var	18	25,00
Kendine Bakım	Yok	41	56,90
	Var	31	43,10
Klozete Oturup Kalkma	Yok	32	44,40
	Var	40	55,60
Yıkanma	Yok	10	13,90
	Var	62	86,10
Düzdün Yüzeyde Yürüme	Yok	49	68,10
	Var	23	31,90
Tekerlekli Sandalyeyi Kullanabilme	Yok	58	80,60
	Var	14	19,40
Merdiven İnip Çıkma	Yok	23	31,90
	Var	49	68,10
Giyinip Soyunma	Yok	18	25,00
	Var	54	75,00
Bağırsak Bakımı	Yok	61	84,70
	Var	11	15,30
Mesane Bakımı	Yok	61	84,70
	Var	11	15,30

Hemipleji hastalarının 66'sı (%92,7) beslenmesinde sorun yaşamadığını ve 6'sı (%8,3) beslenmede sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 54'ü (%75,0) tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşamadığını ve 18'i (%25,0) tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 41'i (%56,9) kendi bakımında sorun yaşamadığını ve 31'i (%43,1) kendi bakımında sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 40'ı (%55,6) klozete oturup kalmada sorun yaşadığını ve 32'si (%44,4) klozete oturup kalmada sorun yaşamadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 62'si (%86,1) yıkanmada sorun yaşadığını ve 10'u (%13,9) yıkanmada sorun yaşamadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 49'u (%68,1) düzgün yüzeyde yürümede sorun yaşamadığını ve 23'ü (%31,9) düzgün yüzeyde yürümede sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 58'i (%80,6) tekerlekli sandalyeyi kullanmada sorun yaşamadığını ve 14'ü (%19,4) tekerlekli sandalyeyi kullanmada sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 49'u (%68,1) merdiven inip çıkmada sorun yaşadığını ve 23'ü (%31,9) merdiven inip çıkmada sorun yaşamadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 54'ü (%75,0) giyinip soyunmada sorun yaşadığını ve 18'i (%25,0) giyinip soyunmada sorun yaşamadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 61'i (%84,7) bağırsak bakımında sorun yaşamadığını ve 11'i (%15,3) bağırsak bakımında sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hemipleji hastalarının 61'i (%84,7) mesane bakımında sorun yaşamadığını ve 11'i (%15,3) mesane bakımında sorun yaşadığını ifade etmiştir.

4.2. İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan ikinci alt amaç "Hemipleji hastaları denetim odaklarına göre nasıl bir dağılım göstermektedir?" şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Hemipleji Hastalarının Denetim Odağına Göre Grubun Dağılımı

Denetim Odağı	N	%
İçten Denetimli (13 puan altı)	51	70,8
Dıştan Denetimli (13 ve puan üstü)	21	29,2

Hemipleji hastalarının 51'i (%70,8) içten denetimli ve 21'i (%29,2) dıştan denetimli olduğu saptanmıştır.

4.3. Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan üçüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının stresle başa çıkma da kullandığı yollar nasıl dağılım göstermektedir?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Hemipleji Hastalarının SBTÖ’den Aldığı Puanların Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	N	%	X	SS
Kendine Güvenli Yaklaşım	72	100	15,54	5,02
İyimser Yaklaşım	72	100	8,94	0,36
Çaresiz Yaklaşım	72	100	10,47	0,42
Boyun Eğici Yaklaşım	72	100	10,54	0,41
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	72	100	6,27	0,39
Toplam	72	100	54,9	1,14

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ortalamasının (15,54 ± 5,02) olduğu saptanmıştır. İyimser yaklaşım ortalamasının (8,94 ± ,36) olduğu saptanmıştır. Çaresiz yaklaşım ortalamasının (10,47 ± ,42) olduğu saptanmıştır. Boyun eğici yaklaşım ortalamasının (10,54 ± ,41) olduğu saptanmıştır. Sosyal destek arama yaklaşımı ortalamasının (6,27 ± ,39) olduğu saptanmıştır. SBTÖ ortalamasının (54,90 ± 1,14) olduğu saptanmıştır.

Ortalama değerlere bakıldığında hemipleji hastalarının stresle başa çıkma yollarından en çok kendine güvenli yaklaşımına sahip olduğu görülmüştür.

4.4. Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan dördüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının cinsiyetleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.4.1. Hemipleji Hastalarının SBTÖ ve RİDKOÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Ölçek		Ort. ve SD	Minimum	Maksimum
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	14,23 ± 5,32	0	21
Çaresiz Yaklaşım		11,48 ± 2,80	6	18
Boyun Eğici Yaklaşım		11,30 ± 2,78	5	18
İyimser Yaklaşım		9,20 ± 2,41	2	15
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı		6,17 ± 3,78	0	12
İç Denetim Odağı		9,19 ± 2,15	9,19	2,15
Dış Denetim Odağı		14,88 ± 1,93	13	19
Kendine Güvenli Yaklaşım	Erkek	17,09 ± 4,23	2	21
Çaresiz Yaklaşım		9,27 ± 4,04	0	17
Boyun Eğici Yaklaşım		9,63 ± 4,09	2	17
İyimser Yaklaşım		8,63 ± 2,69	4	15
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı		6,39 ± 2,84	3	12
İçten Denetim		8,40 ± 2,52	2	12
Dıştan Denetim		15,66 ± 2,08	14	18

Tablo 4.4.1’de görüldüğü gibi kadınların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ortalamasının (14,23 ± 5,32) olduğu saptanmıştır. Kadınların çaresiz yaklaşım ortalamasının (11,48 ± 2,80) olduğu saptanmıştır. Kadınların boyun eğici yaklaşım ortalamasının (11,30 ± 2,78) olduğu saptanmıştır. Kadınların iyimser yaklaşım

ortalamasının (9,20 ± 2,41) olduğu saptanmıştır. Kadınların sosyal destek arama yaklaşım ortalaması (6,17 ± 3,78) olduğu saptanmıştır. Ortalama değerlere bakıldığında kadınların stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşıma sahip olduğu görülmüştür. İç denetim odağına sahip kadınların RİDKOÖ ortalamasının (9,19 ± 2,15) olduğu saptanmıştır. Dış denetim odağına sahip kadınların RİDKOÖ ortalamasının (14,88 ± 1,93) olduğu saptanmıştır.

Erkeklerin SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ortalamasının (17,09 ± 4,23) olduğu saptanmıştır. Erkeklerin çaresiz yaklaşım ortalamasının (9,27 ± 4,04) olduğu saptanmıştır. Erkeklerin boyun eğici yaklaşım ortalamasının (9,63 ± 4,09) olduğu saptanmıştır. Erkeklerin iyimser yaklaşım ortalamasının (8,63 ± 2,69) olduğu saptanmıştır. Erkeklerin sosyal destek arama yaklaşımı ortalamasının (6,39 ± 2,84) olduğu saptanmıştır. Ortalama değerlere bakıldığında erkeklerin stresle başa çıkma yollarından en çok kendine güvenli yaklaşıma sahip olduğu görülmüştür.

İç denetim odağına sahip erkeklerin RİDKOÖ ortalamasının (8,40 ± 2,52) olduğu saptanmıştır. Dış denetim odağına sahip erkeklerin RİDKOÖ ortalamasının (15,66 ± 2,08) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4.2. Hemipleji Hastalarının Cinsiyeti ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	X	SS	T	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	39	14,23	5,32	-2,49	,015*
	Erkek	33	17,09	4,23		
İyimser Yaklaşım	Kadın	39	11,48	2,8	0,775	0,441
	Erkek	33	9,27	4,04		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	39	11,3	2,78	2,73	,008*
	Erkek	33	9,63	4,09		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	39	9,2	3,41	1,98	0,052
	Erkek	33	8,63	2,69		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Kadın	39	6,17	3,78	-0,268	0,79
	Erkek	33	6,39	2,84		
		N	Sıra Ortalaması		X ²	P
İç Denetim Odağı	Kadın	21	28,86		255,00	,246
	Erkek	30	24			
Dış Denetim Odağı	Kadın	18	10,58		19,50	,441
	Erkek	3	13,5			

*p<0.05

Tablo 4.4.2'ye göre hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından erkeklerin ($x = 17,09$) ve kadınların ($x = 14,23$) arasında erkeklerin lehine anlamlı bir fark vardır [$t = -2,49$, $p = 0,015$]. Erkeklerin kadınlara oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t = 0,775$, $p = 0,441$].

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Çaresiz yaklaşım puanları açısından kadınların ($x = 11,30$) ve erkeklerin ($x = 9,63$) arasında kadınların lehine anlamlı bir fark vardır [$t = 2,73$, $p = 0,008$]. Kadınların erkeklere oranla çaresiz yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t = 1,98$, $p = 0,052$].

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında sosyal destek arama yaklaşımı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre sosyal destek arama yaklaşımı cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t = -0,268$, $p = 0,790$].

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İç denetim odağı puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur [$U = 255,00$, $p = 0,246$].

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Dış denetim odağı puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur [$U = 19,50$, $p = 0,441$].

4.5. Beşinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan beşinci alt amaç “Hemipleji hastalarının yaşları ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.5.1. Hemipleji Hastalarının Yaşları ile SBTÖ ve RIDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Yaş	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	30 ile 39 yaş arası	8	46,06	3,8	0,43
	40 ile 49 yaş arası	10	41,6		
	50 ile 59 yaş arası	18	33,19		
	60 ile 69 yaş arası	22	37,09		
	70 yaş ve üzeri	14	30,71		
İyimser Yaklaşım	30 ile 39 yaş arası	8	49,56	12	,016*
	40 ile 49 yaş arası	10	29,25		
	50 ile 59 yaş arası	18	25,31		
	60 ile 69 yaş arası	22	43,77		
	70 yaş ve üzeri	14	37,18		
Çaresiz Yaklaşım	30 ile 39 yaş arası	8	22,81	5,8	0,22
	40 ile 49 yaş arası	10	33		
	50 ile 59 yaş arası	18	36,83		
	60 ile 69 yaş arası	22	37,89		
	70 yaş ve üzeri	14	44,21		
Boyun Eğici Yaklaşım	30 ile 39 yaş arası	8	21,5	7,8	0,1
	40 ile 49 yaş arası	10	31,6		
	50 ile 59 yaş arası	18	38,42		
	60 ile 69 yaş arası	22	36,57		
	70 yaş ve üzeri	14	46		
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	30 ile 39 yaş arası	8	45,13	9,4	0,53
	40 ile 49 yaş arası	10	37,9		
	50 ile 59 yaş arası	18	24,14		
	60 ile 69 yaş arası	22	38,91		
	70 yaş ve üzeri	14	42,68		
İç Denetim Odağı	30 ile 39 yaş arası	8	17,64	7,8	0,98
	40 ile 49 yaş arası	10	28,56		
	50 ile 59 yaş arası	18	33,77		
	60 ile 69 yaş arası	22	26,04		
	70 yaş ve üzeri	14	20,23		

*p<0,05

Tablo 4.5.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının yaşları arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [k-w=3,83, p=,429].

Hemipleji hastalarının yaşları arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım yaş değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. İyimser yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının yaşları arasında, 30 ile 39 yaş arasında olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=12,30$, $p=,016$]. Yaşları 30 ile 39 yaş arasında olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla iyimser yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının yaşları arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=5,77$, $p=,217$].

Hemipleji hastalarının yaşları arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w= 7,79$, $p=,099$].

Hemipleji hastalarının yaşları arasında sosyal destek arama yaklaşımı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre sosyal destek arama yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=9,35$, $p=,053$].

Hemipleji hastalarının yaşları arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre iç denetim odağı yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=7,82$, $p=,98$].

Hemipleji hastalarının yaşları arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre dış denetim odağı yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=3,16$, $p=,531$].

4.6. Altıncı Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan altıncı alt amaç “Hemipleji hastalarının medeni durumu ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.6.1. Hemipleji Hastalarının Medeni Durumu ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Bekar	15	37,13	418	,895
	Evli	57	36,33		
İyimser Yaklaşım	Bekar	15	37,53	412	,829
	Evli	57	36,23		
Çaresiz Yaklaşım	Bekar	15	36	420	,917
	Evli	57	36,63		
Boyun Eğici Yaklaşım	Bekar	15	35,53	413	,84
	Evli	57	36,5		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Bekar	15	34,87	403	,732
	Evli	57	36,93		
İç Denetim Odağı	Bekar	8	16,06	92,5	,037*
	Evli	43	27,85		
Dış Denetim Odağı	Bekar	7	14,71	23	,048*
	Evli	14	9,14		

*p<0.05

Tablo 4.6.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının medeni durumları arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=418,00, p=.895].

Hemipleji hastalarının medeni durumları arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=412,00, p=.829].

Hemipleji hastalarının medeni durumları arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre çaresiz yaklaşım medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=420,00, p=.917].

Hemipleji hastalarının medeni durumları arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre

boyun eğici yaklaşım medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=413,00, p=,840].

Hemipleji hastalarının medeni durumları arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=403,00, p=,732].

Hemipleji hastalarının medeni durumları arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İç denetim odağı medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=92,50, p=,037]. Yani evli bireylerin iç denetim odağına sahip olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının medeni durumları arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre bekarların dış denetimli oldukları görülmektedir [U=23,00, p=,048].

4.7. Yedinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yedinci alt amaç “Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.7.1. Hemipleji Hastalarının Eğitim Düzeyi ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

	Eğitim düzeyi	N	Sıra Ortalaması	X²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Okuryazar değil	14	27,93	10,08	,039*
	İlkokul mezunu	33	32,29		
	Ortaokul mezunu	10	45,4		
	Lise mezunu	10	46,6		
	Üniversite ve üzeri	5	50,3		
İyimser Yaklaşım	Okuryazar değil	14	34,96	0,767	,943
	İlkokul mezunu	33	38,2		
	Ortaokul mezunu	10	37,75		
	Lise mezunu	10	34,55		
	Üniversite ve üzeri	5	31		
Çaresiz Yaklaşım	Okuryazar değil	14	48,29	21,61	,000*
	İlkokul mezunu	33	41,68		
	Ortaokul mezunu	10	33,9		
	Lise mezunu	10	17,1		
	Üniversite ve üzeri	5	13,3		
Boyun Eğici Yaklaşım	Okuryazar değil	14	46,43	14,4	,006*
	İlkokul mezunu	33	40,44		
	Ortaokul mezunu	10	32,35		
	Lise mezunu	10	26,2		
	Üniversite ve üzeri	5	11,6		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Okuryazar değil	14	33,61	8,61	,071
	İlkokul mezunu	33	37,48		
	Ortaokul mezunu	10	49,7		
	Lise mezunu	10	23,1		
	Üniversite ve üzeri	5	38,5		
İç Denetim Odağı	Okuryazar değil	8	25,06	2	,735
	İlkokul mezunu	23	25,35		
	Ortaokul mezunu	8	32,44		
	Lise mezunu	8	24,38		
	Üniversite ve üzeri	4	22		
Dış Denetim Odağı	Okuryazar değil	6	8,58	2,08	,352
	İlkokul mezunu	10	11		
	Ortaokul mezunu	5	13,9		

*p<0,05

Tablo 4.7.1'de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında üniversite ve üzeri mezunu olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=10,08$, $p=,039$]. Üniversite ve üzeri mezunu olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=,767$, $p=,943$].

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresiz yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında okuryazar olmayan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=21,61$, $p=,000$]. Okuryazar olmayan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla çaresiz yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun eğici yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında okuryazar olmayan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=14,40$, $p=,006$]. Okuryazar olmayan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla boyun eğici yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında sosyal destek arama yaklaşımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre sosyal destek arama eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=8,61$, $p=,071$].

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre denetim odağı eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,00$, $p=,735$].

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,08$, $p=,352$].

4.8. Sekizinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan sekizinci alt amaç “Hemipleji hastalarının meslekleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.8.1. Hemipleji Hastalarının Meslekleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Meslek	N	Sıra Ortalaması	χ^2	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Emekli	5	52,8	11,24	,024*
	Ev hanımı	34	28,25		
	Memur	8	44,06		
	Serbest meslek	16	42,63		
	İşçi	9	41		
İyimser Yaklaşım	Emekli	5	42,2	2,26	0,688
	Ev hanımı	34	38,01		
	Memur	8	41,25		
	Serbest meslek	16	32,03		
	İşçi	9	31,33		
Çaresiz Yaklaşım	Emekli	5	11,6	18,07	,001*
	Ev hanımı	34	45,19		
	Memur	8	20,81		
	Serbest meslek	16	33,16		
	İşçi	9	37,39		
Boyun Eğici Yaklaşım	Emekli	5	16,4	9,68	,046*
	Ev hanımı	0	43,01		
	Memur	8	27,75		
	Serbest meslek	16	34,09		
	İşçi	9	35,11		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Emekli	5	30,4	6,02	0,198
	Ev hanımı	34	36,25		
	Memur	8	22,75		
	Serbest meslek	16	42,69		
	İşçi	9	42,06		
İç Denetim Odağı	Emekli	5	14,5	6,48	0,166
	Ev hanımı	17	31,41		
	Memur	7	27,07		
	Serbest meslek	13	26,31		
	İşçi	9	20,89		
Dış Denetim Odağı	Ev hanımı	17	10,44	24,5	0,41
	Serbest meslek	4	13,38		

*p<0,05

Tablo 4.8.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının meslekleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım meslek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının meslekleri arasında emekli olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=11,24$, $p=,024$]. Emekli olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının meslekleri düzeyleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,26$, $p=,688$].

Hemipleji hastalarının meslekleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım meslek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresiz yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının meslekleri arasında okuryazar olmayan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=18,07$, $p=,001$]. Ev hanımı olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla çaresiz yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının meslekleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım meslek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun eğici yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının meslekleri arasında ev hanımı olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=9,68$, $p=,046$]. Ev hanımı olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla boyun eğici yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının meslekleri arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=6,02$, $p=,198$].

Hemipleji hastalarının meslekleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=6,48$, $p=,166$].

Hemipleji hastalarının meslekleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=24,50$, $p=,410$].

4.9. Dokuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan dokuzuncu alt amaç “Hemipleji hastalarının gelir düzeyleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.9.1. Hemipleji Hastalarının Gelir Düzeyleri ile SBTÖ ve RIDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	N	X	SS	T	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Düşük	37	15,75	5,2	0,371	,712
	Orta	35	15,31	4,9		
İyimser Yaklaşım	Düşük	37	8,72	3,29	-0,603	,549
	Orta	35	9,17	2,89		
Çaresiz Yaklaşım	Düşük	37	10,45	4,12	-0,031	,975
	Orta	35	10,48	2,96		
Boyun Eğici Yaklaşım	Düşük	37	10,35	4,08	-0,473	,638
	Orta	35	10,74	2,86		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Düşük	37	6	2,98	-0,718	,475
	Orta	35	6,57	3,75		
		N	Sıra Ortalaması	X ²	P	
İç Denetim Odağı	Düşük	27	24,31	278,50	,385	
	Orta	24	27,9			
Dış Denetim Odağı	Düşük	10	9,35	38,50	,235	
	Orta	11	12,5			

* $p<0.05$

Tablo 4.9.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının gelir düzeyi arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=,371$, $p=,712$].

Hemipleji hastalarının gelir düzeyi arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-,603$, $p=,549$].

Hemipleji hastalarının gelir düzeyi arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-,031$, $p=,975$].

Hemipleji hastalarının gelir düzeyleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-,473$, $p=,638$].

Hemipleji hastalarının gelir düzeyi arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-,718$, $p=,475$].

Hemipleji hastalarının gelir düzeyi arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. [$U=278,50$, $p=,385$].

Hemipleji hastalarının gelir düzeyi arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. [$U=38,50$, $p=,235$].

4.10. Onuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan onuncu alt amaç “Hemipleji hastalarının sosyal güvence durumu ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılan 72 hemipleji hastasının hepsinin sosyal güvencesi bulunmaktadır.

4.11. On Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on birinci alt amaç “Hemipleji hastalarının felç geçirme sayısı ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.11.1. Hemipleji Hastalarının Felç Geçirme Sayısı ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Felç durumu	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	1 kez	58	36,87	384,5	0,759
	2 kez ve üzeri	14	34,96		
İyimser Yaklaşım	1 kez	58	37,13	369,5	0,702
	2 kez ve üzeri	14	33,89		
Çaresiz Yaklaşım	1 kez	58	36,95	380	0,71
	2 kez ve üzeri	14	34,64		
Boyun Eğici Yaklaşım	1 kez	58	36,72	393,5	0,858
	2 kez ve üzeri	14	35,61		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	1 kez	58	38,91	266	,044*
	2 kez ve üzeri	14	26,5		
İç Denetim Odağı	1 kez	41	25,41	181	0,565
	2 kez ve üzeri	10	28,4		
Dış Denetim Odağı	1 kez	17	11,21	30,5	0,749
	2 kez ve üzeri	4	10,13		

*p<0.05

Tablo 4.11.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım kaç kere felç geçirildiği değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=384,50, p=.759].

Hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım kaç kere felç geçirildiği değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=369,50, p=,702].

Hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım kaç kere felç geçirildiği değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=380,00$, $p=,710$].

Hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım kaç kere felç geçirildiği değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 393,50$, $p=,858$].

Hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre sosyal destek arama kaç kere felç geçirdildiği değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal destek arama yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının meslekleri arasında 1 kez felç geçirmiş olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$U=266,00$, $p=,044$]. Bir kez felç geçirmiş olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla sosyal destek arama yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı kaç kere felç geçirildiği değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=181,00$, $p=,565$].

Hemipleji hastalarının kaç kere felç geçirdikleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı kaç kere felç geçirildiği değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=30,50$, $p=,749$].

4.12. On İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on ikinci alt amaç “Hemipleji hastalarının tedavi görme durumu ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılan 72 hemipleji hastasının hepsi tedavi görmektedir.

4.13. On Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on üçüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının tedavi şekilleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.13.1 Hemipleji Hastalarının Tedavi Şekilleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Tedavi şekli	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Ayakta tedavi	11	51,59	169,5	,009*
	Yatarak tedavi	61	33,78		
İyimser Yaklaşım	Ayakta tedavi	11	30	264	0,261
	Yatarak tedavi	61	37,67		
Çaresiz Yaklaşım	Ayakta tedavi	11	35,45	324	0,856
	Yatarak tedavi	61	36,69		
Boyun Eğici Yaklaşım	Ayakta tedavi	11	35,09	320	0,807
	Yatarak tedavi	61	36,75		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Ayakta tedavi	11	47,5	214,5	0,057
	Yatarak tedavi	61	34,52		
İç Denetim Odağı	Ayakta tedavi	10	27,75	187,5	0,675
	Yatarak tedavi	41	25,75		

*p<0.05

Tablo 4.13.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım tedavi şekli değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında ayakta tedavi olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı fark vardır [U=169,50, p=,009]. Ayakta tedavi olan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım tedavi şekli değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=264,00$, $p=,261$].

Hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım tedavi şekli değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=324,00$, $p=,856$].

Hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım tedavi şekli değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=320,00$, $p=,807$].

Hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama tedavi şekli değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=214,50$, $p=,057$].

Hemipleji hastalarının tedavi şekli arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı tedavi şekli değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=187,50$, $p=,675$].

Yatarak tedavi alan dış denetim odaklı hemipleji hasta sayısı 20, ayakta tedavi alan dış denetim odaklı hemipleji hasta sayısı yalnızca 1 olduğu için bu değişkenle ilgili istatistiksel analiz yapılmamıştır.

4.14. On Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on dördüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının tedavi süreleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.14.1. Hemipleji Hastalarının Tedavi Süreleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

	Tedavi Süresi	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	0 ile 12 ay arası	29	38,52	1,17	0,557
	13 ile 24 ay arası	23	32,63		
	25 ay ve üzeri	20	0		
İyimser Yaklaşım	0 ile 12 ay arası	29	41,5	3,61	0,164
	13 ile 24 ay arası	23	35,8		
	25 ay ve üzeri	20	30,05		
Çaresiz Yaklaşım	0 ile 12 ay arası	29	35,21	0,358	0,836
	13 ile 24 ay arası	23	36,15		
	25 ay ve üzeri	20	38,78		
Boyun Eğici Yaklaşım	0 ile 12 ay arası	29	37,24	0,613	0,736
	13 ile 24 ay arası	23	33,8		
	25 ay ve üzeri	20	38,53		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	0 ile 12 ay arası	29	37,41	3,37	0,185
	13 ile 24 ay arası	23	30,54		
	25 ay ve üzeri	20	42,03		
İç Denetim Odağı	0 ile 12 ay arası	21	27,81	1,33	0,512
	13 ile 24 ay arası	15	22,33		
	25 ay ve üzeri	15	27,13		
Dış Denetim Odağı	0 ile 12 ay arası	8	7,75	11,1	,004*
	13 ile 24 ay arası	8	16,63		
	25 ay ve üzeri	5	7,2		

*p<0.05

Tablo 4.14.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [k-w=1,17, p=,557].

Hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [k-w=3,61, p=,164].

Hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=,358, p=,836$].

Hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=,613, p=,736$].

Hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=3,37, p=,185$].

Hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=1,33, p=,512$].

Hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre dış denetim odağı tedavi süreleri değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Dış denetim odağı puanları açısından hemipleji hastalarının tedavi süreleri arasında 13 ile 24 ay arası tedavi gören hemipleji hastalarının lehine anlamlı fark vardır [$k-w=11,10, p=,004$]. 13 ile 24 ay arası tedavi gören hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla daha dışa dönük olduğu saptanmıştır.

4.15. On Beşinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on beşinci alt amaç “Hemipleji hastalarının hastalıklarıyla ilgili herhangi bir eğitim alıp almadığı veya kimden aldığı ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.15.1 Hemipleji Hastalarının Hastalıklarıyla İlgili Eğitim Alma ve Kimden Alma Durumları ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Hastalıkla İlgili Eğitim		N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Eğitim almamış	53	38,82	4,44	0,108
	Doktor	11	35,73		
	Aile	8	22,19		
İyimser Yaklaşım	Eğitim almamış	53	38,75	2,95	0,228
	Doktor	11	27,05		
	Aile	8	34,56		
Çaresiz Yaklaşım	Eğitim almamış	53	37,45	0,459	0,795
	Doktor	11	34,64		
	Aile	8	32,75		
Boyun Eğici Yaklaşım	Eğitim almamış	53	38,17	1,47	0,479
	Doktor	11	33,55		
	Aile	8	29,5		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Eğitim almamış	53	35,64	0,649	0,723
	Doktor	11	41,14		
	Aile	8	35,81		
İç Denetim Odağı	Eğitim almamış	37	24,08	2,34	0,31
	Doktor	8	31,81		
	Aile	6	30,08		
Dış Denetim Odağı	Eğitim almamış	16	9,81	2,57	0,276
	Doktor	3	15		
	Aile	2	14,5		

*p<0,05

Tablo 4.15.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=4,44$, $p=,108$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,95$, $p=,228$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=,459$, $p=,795$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=1,47$, $p=,479$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=,649$, $p=,723$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,34$, $p=,310$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili eğitimi kimden aldıkları arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı felçle ilgili eğitimi kimden aldıklarına göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,57$, $p=,276$].

4.16. On Altıncı Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on altıncı alt amaç “Hemipleji hastalarının hastalığıyla ilgili bilgi düzeyleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.16.1. Hemipleji Hastalarının Hastalığıyla İlgili Bilgi Düzeyleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Bilgi Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Bilgisi yok	46	37,89	534	0,451
	Kısmen bilgisi var	26	34,04		
İyimser Yaklaşım	Bilgisi yok	46	38,18	520,5	0,361
	Kısmen bilgisi var	26	33,52		
Çaresiz Yaklaşım	Bilgisi yok	46	37,82	537,5	0,475
	Kısmen bilgisi var	26	34,17		
Boyun Eğici Yaklaşım	Bilgisi yok	46	38,34	513,5	0,319
	Kısmen bilgisi var	26	33,25		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Bilgisi yok	46	36,89	580	0,831
	Kısmen bilgisi var	26	35,81		
İç Denetim Odağı	Bilgisi yok	32	24,67	261,5	0,403
	Kısmen bilgisi var	19	28,24		
Dış Denetim Odağı	Bilgisi yok	14	9,36	26	0,08
	Kısmen bilgisi var	7	14,29		

*p<0,05

Tablo 4.16.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=534,00$, $p=,451$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=520,50$, $p=,361$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=537,50$, $p=,475$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 513,50$, $p=,319$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=,580,00$, $p=,831$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=261,50$, $p=,403$].

Hemipleji hastalarının felçle ilgili bilgi düzeyleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı felçle ilgili bilgi düzeyleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=26,00$, $p=,080$].

4.17. On Yedinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on yedinci alt amaç “Hemipleji hastalarının hemipleji türleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.17.1 Hemipleji Hastalarının Hemipleji Türleri ile SBTÖ ve RIDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Felç Türü	N	X	SS	T	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Sağ hemipleji	32	15,56	3,99	0,031	0,975
	Sol hemipleji	40	15,52	5,77		
İyimser Yaklaşım	Sağ hemipleji	32	9	2,85	0,135	0,893
	Sol hemipleji	40	8,9	3,31		
Çaresiz Yaklaşım	Sağ hemipleji	32	10,21	3,66	-0,535	0,595
	Sol hemipleji	40	10,67	3,54		
Boyun Eğici Yaklaşım	Sağ hemipleji	32	10,43	3,52	-0,223	0,824
	Sol hemipleji	40	10,62	3,56		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Sağ hemipleji	32	6,5	3,35	0,498	0,62
	Sol hemipleji	40	6,1	3,41		
		N	Sıra Ortalaması		X ²	P
İç Denetim Odağı	Sağ hemipleji	25	25,62		315,50	0,856
	Sol hemipleji	26	26,37			
Dış Denetim Odağı	Sağ hemipleji	7	10,86		48,00	0,939
	Sol hemipleji	14	11,07			

*p<0,05

Tablo 4.17.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının felç türü arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t=,031, p=,975].

Hemipleji hastalarının felç türü arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t=,135, p=,893].

Hemipleji hastalarının felç türü arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre çaresiz yaklaşım felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t=-,535, p=,595].

Hemipleji hastalarının felç türü arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre boyun eğici yaklaşım felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t= -,223, p=,824].

Hemipleji hastalarının felç türü arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre

sosyal destek arama felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=,498$, $p=,620$].

Hemipleji hastalarının felç türü arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=315,50$, $p=,856$].

Hemipleji hastalarının felç türü arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı felç türü değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=48,00$, $p=,939$].

4.18. On Sekizinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on sekizinci alt amaç “Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.18.1. Hemipleji Hastalarının Konuşma Bozukluğu ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Afazi	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Hayır	25	38,06	548,5	0,643
	Evet	47	35,67		
İyimser Yaklaşım	Hayır	25	33,18	504,5	0,324
	Evet	47	38,27		
Çaresiz Yaklaşım	Hayır	25	31,22	455,5	0,116
	Evet	47	39,31		
Boyun Eğici Yaklaşım	Hayır	25	31,76	469	0,158
	Evet	47	39,02		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Hayır	25	33,12	503	0,313
	Evet	47	38,3		
İç Denetim Odağı	Hayır	19	26,95	286	0,723
	Evet	32	25,44		
Dış Denetim Odağı	Hayır	6	13,58	29,5	0,235
	Evet	15	9,97		

* $p<0,05$

Tablo 4.18.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=548,50$, $p=,643$].

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=504,50$, $p=,324$].

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=455,50$, $p=,116$].

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 469,00$, $p=,158$].

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=503,00$, $p=,313$].

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında iç denetim odağı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı ölçeği konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=286,00$, $p=,723$].

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması arasında dış denetim odağı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı ölçeği konuşma bozukluğu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=29,50$, $p=,235$].

4.19. On Dokuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan on dokuzuncu alt amaç “Hemipleji hastalarının bakım verenleri ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir

fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.19.1 Hemipleji Hastalarının Bakım Verenleri ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

	Bakım Veren	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	7	34,79	5,73	0,22
	Aile	5	31,3		
	Eş	30	42,1		
	Çocuk/Gelin	25	34,52		
	Bakıcı	5	20,4		
İyimser Yaklaşım	Yok	7	33	6,99	0,153
	Aile	5	23,1		
	Eş	30	36,83		
	Çocuk/Gelin	25	42,58		
	Bakıcı	5	22,4		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	7	40	7,19	0,126
	Aile	5	16		
	Eş	30	34,17		
	Çocuk/Gelin	25	40,98		
	Bakıcı	5	43,7		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	7	39,14	7,45	0,114
	Aile	5	14,8		
	Eş	30	34,67		
	Çocuk/Gelin	25	41,66		
	Bakıcı	5	39,7		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	7	49,79	7,96	0,093
	Aile	5	16,4		
	Eş	30	36,3		
	Çocuk/Gelin	25	35,9		
	Bakıcı	5	42,2		
İç Denetim Odağı	Yok	4	28,63	6,92	0,14
	Aile	2	9,25		
	Eş	26	26,77		
	Çocuk/Gelin	16	23,19		
	Bakıcı	3	42		
Dış Denetim Odağı	Yok	3	9,17	5,51	0,238
	Aile	3	14		
	Eş	4	12,13		
	Çocuk/Gelin	9	8,5		
	Bakıcı	2	18,25		

*p<0,05

Tablo 4.19.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının bakım verenleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=5,73$, $p=,220$].

Hemipleji hastalarının bakım verenleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım felçle ilgili bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=6,99$, $p=,153$].

Hemipleji hastalarının bakım verenleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=7,19$, $p=,126$].

Hemipleji hastalarının bakım verenleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=7,45$, $p=,114$].

Hemipleji hastalarının bakım verenleri arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=7,96$, $p=,093$].

Hemipleji hastalarının bakım verenleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=6,92$, $p=,140$].

Hemipleji hastalarının bakım verecek tanıdığıının olup olmaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı bakım veren değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=5,51$, $p=,238$].

4.20. Yirminci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirminci alt amaç “Hemipleji hastalarının başka bir hastalığının olması ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında

anlamli bir fark var midir?" şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aŖađıda verilmiştir.

Tablo 4.20.1 Hemipleji Hastalarının BaŖka Bir Hastalığın Olması ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Hastalık	N	X	SS	T	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Hayır	34	16,26	3,92	1,15	0,251
	Evet	38	14,89	5,82		
İyimser Yaklaşım	Hayır	34	8,44	3,1	-1,31	0,194
	Evet	38	9,39	3,05		
Çaresiz Yaklaşım	Hayır	34	9,79	3,75	-1,53	0,129
	Evet	38	11,07	3,34		
Boyun Eğici Yaklaşım	Hayır	34	9,88	3,57	-1,51	0,134
	Evet	38	11,13	3,41		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Hayır	34	7	3,11	1,74	0,085
	Evet	38	5,63	3,49		
		N	Sıra Ortalaması		X ²	P
İç Denetim Odağı	Hayır	25	24,2	280,00	0,391	
	Evet	26	27,73			
DıŖ Denetim Odağı	Hayır	9	10,17	46,50	0,602	
	Evet	12	11,63			

*p<0,05

Tablo 4.20.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının baŖka bir hastalığın olup olmaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım baŖka hastalık deđiŖkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t=1,15, p=,251].

Hemipleji hastalarının baŖka bir hastalığın olup olmaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım baŖka hastalık deđiŖkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t=-1,31, p=,194].

Hemipleji hastalarının baŖka bir hastalığın olup olmaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre çaresiz yaklaşım baŖka hastalık deđiŖkenine göre farklılık yaratmamaktadır [t=-1,53, p=,129].

Hemipleji hastalarının başka bir hastalığının olup olmaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım başka hastalık değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-1,51$, $p=,134$].

Hemipleji hastalarının başka bir hastalığının olup olmaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama başka hastalık değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=1,74$, $p=,085$].

Hemipleji hastalarının başka bir hastalığının olup olmaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı başka hastalık değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=280,00$, $p=,391$].

Hemipleji hastalarının başka bir hastalığının olup olmaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı hastalık değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=46,50$, $p=,602$].

4.21. Yirmi Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi birinci alt amaç “Hemipleji hastalarının belirttikleri felç geçirme nedeni ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.21.1. Hemipleji Hastalarının Felç Geçirme Nedeni ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Nedeni		N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yüksek tansiyon	22	37,66	7,29	0,121
	Stres	11	37,27		
	Bilmiyor/aniden	21	28,55		
	Pıhtı/damar	10	37,85		
	İlaç ve operasyon sonrası	8	51,44		
İyimser Yaklaşım	Yüksek tansiyon	22	33,23	4,53	0,338
	Stres	11	27,64		
	Bilmiyor/aniden	21	41,93		
	Pıhtı/damar	10	41,45		
	İlaç ve operasyon sonrası	8	37,25		
Çaresiz Yaklaşım	Yüksek tansiyon	22	40,84	17,31	,002*
	Stres	11	35,68		
	Bilmiyor/aniden	21	46,57		
	Pıhtı/damar	10	19,4		
	İlaç ve operasyon sonrası	8	20,63		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yüksek tansiyon	22	40,34	13,33	,010*
	Stres	11	37		
	Bilmiyor/aniden	21	44,9		
	Pıhtı/damar	10	21,1		
	İlaç ve operasyon sonrası	8	22,44		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yüksek tansiyon	22	37,89	1,96	0,743
	Stres	11	37,14		
	Bilmiyor/aniden	21	39,55		
	Pıhtı/damar	10	29,7		
	İlaç ve operasyon sonrası	8	32,31		
İç Denetim Odağı	Yüksek tansiyon	18	27,53	2,35	0,671
	Stres	9	25,94		
	Bilmiyor/aniden	12	28,71		
	Pıhtı/damar	7	23,29		
	İlaç ve operasyon sonrası	5	17,9		
Dış Denetim Odağı	Yüksek tansiyon	4	16,88	5,24	2,63
	Stres	2	12,25		
	Bilmiyor/aniden	9	Eyl.83		
	Pıhtı/damar	3	8,33		
	İlaç ve operasyon sonrası	3	8,5		

*p<0.05

Tablo 4.21.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=7,29$, $p=,121$].

Hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=4,53$, $p=,338$].

Hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresiz yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında nedeni bilmeyen hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$U=17,31$, $p=,002$]. Felcin nedenini bilmeyen hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla çaresiz yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun eğici yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında nedeni bilmeyen hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$U=13,33$, $p=,010$]. Felcin nedenini bilmeyen hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla boyun eğici yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=1,96$, $p=,743$].

Hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$k-w=2,35$, $p=,671$].

Hemipleji hastalarının felç geçirme nedenleri arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna

göre dış denetim odağı felç geçirme nedenleri değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [k-w=5,24, p=,263].

4.22. Yirmi İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi ikinci alt amaç “Hemipleji hastalarının beslenme davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir.

Beslenme davranışında sorun yaşadığını belirten hemipleji hastalarının sayısı istatistiksel olarak yeterli olmadığından (%8,3) işlem yapılmamıştır.

4.23. Yirmi Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi üçüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.23.1 Hemipleji Hastalarının Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferlerde Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RIDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Sorun	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	54	36,48	485	0,99
	Var	18	36,56		
İyimser Yaklaşım	Yok	54	35,3	421	0,396
	Var	18	40,11		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	54	37,16	450,5	0,642
	Var	18	34,53		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	54	37,18	449,5	0,633
	Var	18	34,47		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	54	37,01	458,5	0,578
	Var	18	34,97		
İç Denetim Odağı	Yok	41	24,16	129,5	0,07
	Var	10	33,55		
Dış Denetim Odağı	Yok	13	10,88	50,5	0,912
	Var	8	11,19		

*p<0,05

Tablo 4.23.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması ile kendine güvenli yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=485,00$, $p=,990$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması ile iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=421,00$, $p=,396$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=450,50$, $p=,642$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 449,50$, $p=,633$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=458,50$, $p=,578$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=129,50$, $p=,070$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=50,50$, $p=,912$].

4.24. Yirmi Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi dördüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının kendine bakım davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.24.1. Hemipleji Hastalarının Kendi Bakımında Yaşadığı Sorun İle SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	Sorun	N	X	SS	T	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	41	16,97	3,9	2,92	,005*
	Var	31	13,64	5,74		
İyimser Yaklaşım	Yok	41	9,53	3,05	1,9	0,061
	Var	31	8,16	3,01		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	41	10,53	3,8	0,174	0,862
	Var	31	10,38	3,32		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	41	10,68	3,48	0,389	0,699
	Var	31	10,35	3,62		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	41	6,78	3,71	1,46	0,146
	Var	31	5,61	2,76		
		N	Sıra Ortalaması	X ²	P	
İç Denetim Odağı	Yok	30	24,98	284,5	0,555	
	Var	21	27,45			
Dış Denetim Odağı	Yok	11	8,73	30	0,085	
	Var	10	13,5			

*p<0,05

Tablo 4.24.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşamaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşamaması arasında kendi bakımını kendi yapabilen hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [t=2,92, p=,005]. Kendi bakımını kendi yapabilen hemipleji

hastalarının diğere bireylere oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değışkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=1,90$, $p=,061$].

Hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değışkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=,174$, $p=,862$].

Hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değışkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t= ,389$, $p=,699$].

Hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değışkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=1,46$, $p=,146$].

Hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değışkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=284,50$, $p=,555$].

Hemipleji hastalarının kendi bakımını yapmakta sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değışkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=30,00$, $p=,085$].

4.25. Yirmi Beşinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi beşinci alt amaç ‘‘Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başaşıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?’’ şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.25.1 Hemipleji Hastalarının Klozete Oturup Kalkmada Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Sorun	N	X	SS	T	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	32	16,53	3,95	1,5	0,136
	Var	40	14,75	5,66		
İyimser Yaklaşım	Yok	32	8,84	2,87	-0,245	0,807
	Var	40	9,02	3,29		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	32	10,37	3,79	-0,205	0,838
	Var	40	10,55	3,44		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	32	10,53	3,69	-0,022	0,982
	Var	40	10,55	3,42		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	32	6,56	3,47	0,639	0,525
	Var	40	6,05	3,3		
		N	Sıra Ortalaması		X ²	P
İç Denetim Odağı	Yok	25	23,46		261,50	0,227
	Var	26	28,44			
Dış Denetim Odağı	Yok	7	12		42,00	0,636
	Var	14	10,5			

Tablo 4.25.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=1,50$, $p=,136$].

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-,245$, $p=,807$].

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=-,205$, $p=,838$].

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t= -,022$, $p=,982$].

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$t=,639$, $p=,525$].

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=261,50$, $p=,227$].

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkmada sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=42,00$, $p=,636$].

4.26. Yirmi Altıncı Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi altıncı alt amaç “Hemipleji hastalarının yıkanma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir.

Yıkanma davranışında sorun yaşadığını belirten hemipleji hastalarının sayısı istatistiksel olarak yeterli olmadığından (%13,8) işlem yapılmamıştır.

4.27. Yirmi Yedinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi yedinci alt amaç “Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürüme davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.27.1. Hemipleji Hastalarının Düzgün Yüzeyde Yürümede Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RIDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Sorun	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	49	36,98	540	0,776
	Var	23	35,48		
İyimser Yaklaşım	Yok	49	36,39	558	0,947
	Var	23	36,74		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	49	35,79	528,5	0,671
	Var	23	38,02		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	49	35,82	530	0,684
	Var	23	37,96		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	49	38,32	474,5	0,278
	Var	23	32,63		
İç Denetim Odağı	Yok	37	25,01	222,5	0,436
	Var	14	28,61		
Dış Denetim Odağı	Yok	12	10,54	48,5	0,702
	Var	9	11,61		

*p<0,05

Tablo 4.27.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=540,00, p=,776].

Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=558,00, p=,947].

Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=528,50, p=,671].

Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U= 530,00, p=,684].

Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=474,50$, $p=,278$].

Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=222,50$, $p=,436$].

Hemipleji hastalarının düzgün yüzeyde yürümekte sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=48,50$, $p=,702$].

4.28. Yirmi Sekizinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi sekizinci alt amaç “Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.28.1 Hemipleji Hastalarının Tekerlekli Sandalye Kullanmada Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RIDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

Sorun		N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	58	36,69	395,00	,875
	Var	14	35,71		
İyimser Yaklaşım	Yok	58	35,14	327,00	,259
	Var	14	42,14		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	58	35,63	355,50	,470
	Var	14	40,11		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	58	35,47	346,50	,394
	Var	14	40,75		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	58	36,84	386,50	,780
	Var	14	35,11		
İç Denetim Odağı	Yok	45	24,78	80,00	,104
	Var	6	35,17		
Dış Denetim Odağı	Yok	13	10,88	50,50	,912
	Var	8	11,19		

*p<0,05

Tablo 4.28.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada sorun yaşaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=395,00$, $p=,875$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=327,00$, $p=,259$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=355,50$, $p=,470$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 346,50, p=,394$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=386,50, p=,780$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmaktadır [$U=80,00, p=,104$].

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalye kullanmada sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmaktadır [$U=50,50, p=,912$].

4.29. Yirmi Dokuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan yirmi dokuzuncu alt amaç “Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.29.1. Hemipleji Hastalarının Merdiven İnip Çıkmada Yaşadığı Sorun İle SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Sorun		N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	23	46,52	333,00	,005*
	Var	49	31,80		
İyimser Yaklaşım	Yok	23	33,02	483,50	,332
	Var	49	38,13		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	23	34,78	524,00	,631
	Var	49	37,31		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	23	33,37	491,50	,381
	Var	49	37,97		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	23	48,83	280,00	,001*
	Var	49	30,71		
İç Denetim Odağı	Yok	20	26,43	301,50	,868
	Var	31	25,73		
Dış Denetim Odağı	Yok	3	11,00	27,00	1,00
	Var	18	11,00		

*p<0,05

Tablo 4.29.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmakta sorun yaşaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada sorun yaşaması arasında merdivenleri çıkmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının lehine anlamlı fark vardır [$U=333,00$, $p=,005$]. Merdivenleri inip çıkmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada sorun yaşaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=483,50$, $p=,332$].

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır

($p>0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=524,00$, $p=,631$].

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmakta sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 491,50$, $p=,381$].

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal destek arama yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada sorun yaşaması arasında merdivenleri çıkmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$U=280,00$, $p=,001$]. Merdivenleri inip çıkmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla sosyal destek arama yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmakta sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=301,50$, $p=,868$].

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=27,00$, $p=1,00$].

4.30. Otuzuncu Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan otuzuncu alt amaç “Hemipleji hastalarının giyinip soyunma davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.30.1. Hemipleji Hastalarının Giyinip Soyunmada Yaşadığı Sorun ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Sorun	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Yok	18	36,67	483,00	,969
	Var	54	36,44		
İyimser Yaklaşım	Yok	18	31,97	404,50	,287
	Var	54	38,01		
Çaresiz Yaklaşım	Yok	18	37,33	471,00	,844
	Var	54	36,22		
Boyun Eğici Yaklaşım	Yok	18	35,78	473,00	,865
	Var	54	36,74		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Yok	18	49,64	249,50	,002*
	Var	54	32,12		
İç Denetim Odağı	Yok	13	24,31	225,00	,631
	Var	38	26,58		
Dış Denetim Odağı	Yok	5	10,40	37,00	,842
	Var	16	11,19		

*p<0,05

Tablo 4.30.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=483,00, p=,969].

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=404,50, p=,287].

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre çaresiz yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=471,00, p=,844].

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre boyun eğici yaklaşım sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U= 473,00, p=,865].

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre sosyal destek arama sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal destek arama yaklaşım puanları açısından hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında üstünü giyinip çıkarmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$U=249,50$, $p=,002$]. Giyinip soyunmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının diğer bireylere oranla sosyal destek arama yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında iç denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre iç denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=225,00$, $p=,631$].

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada sorun yaşaması arasında dış denetim odağı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre dış denetim odağı sorun yaşama değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=37,00$, $p=,842$].

4.31. Otuz Birinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan otuz birinci alt amaç “Hemipleji hastalarının bağırsak bakımı davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir.

Bağırsak bakımı davranışında sorun yaşadığını belirten hemipleji hastalarının sayısı istatistiksel olarak yeterli olmadığından (%15,2) işlem yapılmamıştır.

4.32. Otuz İkinci Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan otuz ikinci alt amaç “Hemipleji hastalarının mesane bakımı davranışında yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir.

Mesane bakımı davranışında sorun yaşadığını belirten hemipleji hastalarının sayısı istatistiksel olarak yeterli olmadığından (%15,2) işlem yapılmamıştır.

4.33. Otuz Üçüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan otuz üçüncü alt amaç “Denetim odakları farklı hemipleji hastalarının stresle başa çıkma yolları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.33.1. Hemipleji Hastalarının İç Denetimli ya da Dış Denetimli Olması ile SBTÖ ve RİDKOÖ Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

	Grup	N	Sıra Ortalaması	X ²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	İç Denetimli	51	40,65	324,00	,009*
	Dış Denetimli	21	26,43		
İyimser Yaklaşım	İç Denetimli	51	35,80	500,00	,659
	Dış Denetimli	21	38,19		
Çaresiz Yaklaşım	İç Denetimli	51	32,97	355,50	,025*
	Dış Denetimli	21	45,07		
Boyun Eğici Yaklaşım	İç Denetimli	51	33,77	396,50	,083
	Dış Denetimli	21	43,12		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	İç Denetimli	51	39,15	400,50	,092
	Dış Denetimli	21	30,07		

*p<0.05

Tablo 4.33.1’de görüldüğü gibi hemipleji hastalarının iç denetimli ya da dış denetimli olması arasında kendine güvenli yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre kendine güvenli yaklaşım denetim odağı değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım puanları açısından iç denetimli olan bireyler (sıra ortalaması= 40,65) ve dış denetimli olan bireyler (sıra ortalaması=26,43) arasında iç denetimli olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [U= 324,00, p=,009]. İç denetimli olan bireyler dış denetimli olan bireylere oranla kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının iç denetimli ya da dış denetimli olması arasında iyimser yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre iyimser yaklaşım denetim odağı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [U=500,00, p=,659].

Hemipleji hastalarının iç denetimli ya da dış denetimli olması arasında çaresiz yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım denetim odağı değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresiz yaklaşım puanları açısından dış denetimli olan bireyler (sıra ortalaması=45,07) ve iç denetimli olan bireyler (sıra ortalaması=32,97) arasında dış denetimli olan hemipleji hastalarının lehine anlamlı bir fark vardır [$U=355,50$, $p=,025$]. Dış denetimli olan bireylerin iç denetimli olan bireylere oranla çaresiz yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının iç denetimli ya da dış denetimli olması arasında boyun eğici yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre boyun eğici yaklaşım denetim odağı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U= 396,50$, $p=,083$].

Hemipleji hastalarının iç denetimli ya da dış denetimli olması arasında sosyal destek arama yaklaşım puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre sosyal destek arama denetim odağı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır [$U=400,50$, $p=,092$].

4.34. Otuz Dördüncü Alt Amaca Ait Bulgular ve Yorum

Bu araştırmada yanıt aranan otuz dördüncü alt amaç “Hemipleji hastalarının denetim odakları ile stres ile başa çıkma yolları arasında bir ilişki var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre bulgular ve yorum aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.34.1. Hemipleji Hastalarının SBTÖ ve RIDKOÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		İç denetim odağı	Dış denetim odağı
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-,172	-,319
	p	,229	,159
İyimser Yaklaşım	r	-,215	-,059
	p	,129	,801
Çaresiz Yaklaşım	r	,189	-,111
	p	,185	,633
Boyun Eğici Yaklaşım	r	,151	,020
	p	,291	,931
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	r	-,076	-,230
	p	,594	,315

Araştırma sonuçlarına göre iç denetim odağı puanı ile kendine güvenli yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-,172$ $p>0,05$).

İç denetim odağı ile iyimser yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-,215$ $p>0,05$).

İç denetim odağı ile çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=,189$ $p>0,05$).

İç denetim odağı ile boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=,151$ $p>0,05$).

İç denetim odağı ile sosyal destek arama yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-,076$ $p>0,05$).

Dış denetim odağı ile kendine güvenli yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-,319$ $p>0,05$).

Dış denetim odağı ile iyimser yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-,059$ $p>0,05$).

Dış denetim odağı ile çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-,111$ $p>0,05$).

Dış denetim odağı ile boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=,020$ $p>0,05$).

Dış denetim odağı ile sosyal destek arama yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-,230$ $p>0,05$).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemipleji hastalarında denetim odağı ve stres ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada elde edilen sonuçların literatür ışığında tartışılması bu bölümde yer almaktadır.

5.1. Sonuç

Araştırmaya katılan 39'u (%54,2) kadınlardan ve 33'ü (%45,8) erkeklerden oluşan 72 hemipleji hastası üzerinden aşağıdaki sonuçlara varılmıştır:

Hemipleji hastalarının 51'i (%70,8) içten denetimli ve 21'i (%29,2) dıştan denetimlidir.

Hemipleji hastalarının cinsiyetleri ile stresle başa çıkma yolları arasında anlamlı fark vardır. Buna göre erkeklerin kendine güvenli yaklaşımı, kadınların ise çaresiz yaklaşımı daha çok tercih ettikleri görülmüştür. Yerlikaya (2007) da benzer şekilde erkeklerin kadınlara oranla kendine güvenli ve iyimser yaklaşımı, kadınların çaresiz yaklaşıma daha fazla sahip olduklarını bulgulamıştır. Akbağ (2000) ise erkeklerin iyimser yaklaşımı, kadınların çaresiz ve sosyal destek arama yaklaşımlarını daha fazla benimsediklerini bulgulamıştır. Stresle başa çıkma yollarının cinsiyetlere göre çeşitli bulgular oluşturduğu görülmektedir.

Hemipleji hastalarının denetim odakları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Cinsiyetin bireylerin denetim odakları üzerindeki etkisini inceleyen çeşitli araştırmalar ve çelişkili bulgular vardır. Akbağ, Sayiner ve Sözen (2005) yaptıkları bir çalışmada cinsiyetin denetim odağı üzerinde etkisinin olmadığını; Sayiner (2003), Demirtaş (2006), Aktaş (2008) kadınların içten denetimli olduğunu; Altınkurt (2012), Karadeniz (2005) ve Dağ (1991) ise kadınların dıştan denetimli olduklarını saptamıştır. Hemipleji hastaları ile yapılan bu araştırmada çıkan

sonuçlar ise cinsiyet ile denetim odakları arasında bir fark olmadığını desteklemektedir.

Hemipleji hastalarının yaşlarına göre stresle başaçıkma yollarına bakıldığında yalnızca iyimser yaklaşım puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre yaşları 30 ile 39 arasında olan hemipleji hastaları stresle başaçıkma yolu olarak iyimser yaklaşımı sergilemektedir. Alexander (1994) inme başlangıç şiddetinin ve yaşının, fonksiyonel iyileşme için en güçlü göstergeler olduğunu bildirmiştir. Bu açıdan bakıldığında yaşı daha genç olan bireylerin bu stres verici olay karşısında iyimser bir yaklaşım sergilemesi ve bu doğrultuda problemin çözümüne yönelik aktif bir yol içine girmesi literatürdeki bu bilgi ile örtüşmektedir.

Hemipleji hastalarının denetim odaklarının ise yaş faktörüne göre farklılık göstermediği görülmüştür. Aytan'ın (2010) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar ile yaptığı çalışmasında da, denetim odağı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Karadeniz (2005) ve Altınkurt (2012) ise yaş ilerledikçe bireylerin içten denetimli olduklarını bulgulamıştır.

Hemipleji hastalarının medeni durum ve stresle başaçıkma yolları arasında bir fark yoktur. Benzer şekilde İsmailoğlu'nun (2010) hipertansiyon tanılı hastaların stresle başaçıkma yollarını ve denetim odaklarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında da medeni halin bu değişkenler üzerinde anlamlılık yaratmadığı görülmüştür.

Hemipleji hastalarının medeni durum ve denetim odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Buna göre evli olan bireyler içten, bekar olan bireyler dıştan denetimlidir. Altınkurt (2012) da yaptığı çalışmada bekarların evlilere oranla daha dıştan denetimli bireyler olduğunu bildirmiştir.

Bazı çalışmalarda sosyokültürel ve sosyoekonomik değişkenlerin stresle başaçıkma yolu belirlemede etkili olduğu söylenmektedir. Örneğin; Billings ve Moos (1981) yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin probleme yönelik aktif yollar kullandıklarını; günlük hayatlarında pasif ve kaçınmacı başaçıkma yollarını daha az tercih ettiklerini bulgulamışlardır. Kayahan ve Sertbaş (2007) eğitim seviyesi yüksek hastaların stresle başaçıkma da aktif yollar olan kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları benimsediklerini bulgulamıştır.

Hemipleji hastalarının eğitim düzeyleri ile stresle başaçıkma yolları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan hemipleji hastalarının stresle başaçıkma da aktif yollardan biri olan kendine güvenli yaklaşımı;

okuryazarlığı olmayan hemipleji hastalarının ise pasif yollar olan boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı benimsedikleri görülmüştür. Eğitim düzeyinin böyle bir farklılık gösteriyor olması, yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin karşılaştıkları stres verici olaylara karşı daha aktif yol seçmesi analitik düşünebildiğinden kaynaklanıyor olabilir. Eğitim seviyesinin en alt basamağı olan okuryazar olmama durumunun ise bu açıdan düşünüldüğünde pasif yollar olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları benimsemesi bakımından oldukça mantıklı görülmektedir. Analitik düşünebilme kapasitesi olaylara bu şekilde bakabilme açısını kazandırmış olabilir. Oflaz (1995) psikiyatrik hastaların eşleri ile psikososyal güçlükleri ve başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada, eşlerin yaşadıkları stresle başa çıkarken kendine güvenli yaklaşım sergilediklerini saptamıştır. Oflaz eşlerin bu tarz başa çıkma yolunu kullanmış olmalarını eğitim durumlarının yüksek olması ve sosyal güvencelerinin bulunması ile açıklamıştır. Hemipleji hastalarının hepsinin sosyal güvencesi olması nedeniyle bu değişken analize alınmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin kendine güvenli yaklaşımı kullanmaları ise araştırmadaki bulguyu desteklemektedir.

Denetim odakları açısından bakıldığında bu araştırmada eğitim durumunun hemipleji hastalarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Dönmez'e (1986) göre eğer bir toplumda okulda başarıya değer veriliyorsa başarıyı arttırmanın bir yolu kişilerin denetim odağı inancını dıştan içe doğru değiştirmektir. Bu açıdan bakıldığında eğitim durumu yüksek kişilerin etkili başa çıkma tarzlarını kullanmasına rağmen, beklendik yönde istatistiksel olarak denetim odakları puanları üzerinde bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Meslekler açısından hemipleji hastalarının stresle başa çıkma yolları arasında istatistiksel bir fark vardır. Buna göre emekli olan bireylerin kendine güvenli yaklaşımı; ev hanımlarının ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları benimsedikleri görülmüştür. Emekli bireylerin kendine güvenli yaklaşımı benimsemeleri emekliliğin getirmiş olduğu güven algısından kaynaklanıyor olabilir. Çalışma hayatının bitmiş olmasına rağmen maddi gelirin devam ediyor olması, bütün katılımcıların gelir düzeylerini düşük ve orta kademe olarak belirttiği bu örneklem grubu için kişisel beklentiler doğrultusunda stresle başa çıkmada etkili yol izlenmesini sağlamış olabilir. Ev hanımlarının ise stresle başa çıkmada izledikleri pasif yol, örneklem grubundaki kadınların dıştan denetimli olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü dıştan denetimli bireyler olaylar üzerinde kendi bireysel etkilerinin olduğunu çok

fazla düşünmezler ve genellikle olayları dış güçlere atfederler. Bu açıdan bakıldığında kaynağını kendisinde aramadığı bir problemin ya da stresli olayın çözümü için de problem odaklı bir yol izlemesi beklenmez. Bunun yerine o stresörden uzaklaşmayı, daha pasif yollar kullanmayı tercih eder.

Meslekler açısından hemipleji hastalarının denetim odakları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Gelir düzeyinin hemipleji hastalarının stresle başa çıkma ve denetim odakları üzerinde bir anlamlılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu durum ankette yer alan üç gelir düzeyinden (düşük, orta, yüksek) en üst kademe olan yüksek ifadesinin hiç işaretlenmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir mi diye düşündürmüştür.

Hemipleji hastalarının denetim odakları ile felç geçirme sayıları arasında bir fark saptanmamıştır. Stresle başa çıkma yollarında ise kaç kere felç geçirdikleri ile sosyal destek arama yaklaşımı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Sosyal destek arama yaklaşım puanları açısından bir kez yani ilk kez felç geçiren bireylerin lehine anlamlı bir fark vardır. İlk kez böyle bir stresörle karşı karşıya kalan bireylerin daha önce aynı olayı yaşamış bireylere göre sosyal destek arama yaklaşımı yüksektir. Toplumda bireylerin başına iyi veya kötü bir şey geldiğinde ona destek olma geleneği vardır. Düğünlerde, doğumlarda, kutlamalarda kişiler yalnız bırakılmaz mutluluğun paylaşarak çoğalması sağlanır. Aynı şekilde ölüm, kaza, hastalık vb. kötü olaylarda da çevredekiler o bireyin acısını paylaşarak azaltmaya çalışır. Bu gelenekten kaynaklanan bir sosyal destek arama ihtiyacı ilk kez felç geçiren hastalarda görülmüş olabilir. Aktaş (2013) tarafından spinalkord yaralanmalı hastalar ve bakım verenleri üzerine yapılan ve bakım alma ve bakım verme sürecindeki psikososyal değişkenler açısından sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici ve temel etkilerinin araştırıldığı çalışmada, spinalkord yaralanmalı bireylerin sadece sosyal desteğe ulaşması, algılaması ve/veya yakınları tarafından bu desteğin verilmesinin tek başına yeterli olmadığı; bunlar arasındaki karşılıklığın psikopatoloji ile psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi biçimlendirdiği görülmüştür. Yani sosyal desteğin her zaman olumlu etkisinin olmadığı ve/veya tek taraflı olarak verilen, alınan, algılanan desteğin anlamlı olmadığını, asıl önemli olanın bunlar arasındaki etkileşim olduğu söylenebilir. Bireylerin hemipleji ile bir kez karşılaşması ile birden fazla kez karşılaşması da sosyal destek beklentilerini değiştirmiş olabilir. Aynı olayı tekrar yaşayan hemipleji hastalarının bu sefer çevresindekilerden sosyal destek almak istememesi bu sonucu doğurmuş olabilir.

Tedavinin ayakta ya da yatarak sürdürülüyor olması denetim odağı açısından herhangi bir fark oluşturmamıştır. Ancak stresle başa çıkma yolları üzerinde tedavi şeklinin istatistiksel olarak anlamlı bir farkı söz konusudur. Bu farklılığın kaynağı ayakta tedavi görenler yönünde, kendine güvenli yaklaşım üzerinedir. Buna göre tedavisi ayakta devam eden hemipleji hastalarının, tedavisi yatarak devam eden hemipleji hastalarına göre stresle daha etkili başa çıkma sergiledikleri görülmektedir. Ayakta tedavi gören; yani herhangi bir hastanede yatış sürecinde olmayan ama bir tedavi merkezinin gözetiminde ilaçlarına ve/veya fizik tedavisine devam eden hemipleji hastalarının kendine güvenli yaklaşım sergilemesi, fonksiyonel bağımsızlığının daha fazla olmasına, günlük hayatın direkt içinde olmasına, yatış yapmamanın da vermiş olduğu bir algıya bağlanabilir.

Tedavi sürelerinin farklılığı stresle başa çıkma yolları açısından istatistiksel olarak bir fark oluşturmamıştır. Bazı hastaların bu araştırmaya katılmadan önce farklı tedavi merkezlerinde yatış yatması, araştırmaya katılan bireylerin tedavilerinin hala devam ediyor olması bu sonucu doğurmuş olabilir. Hemipleji hastalarının tedavi süreleri ile denetim odakları arasında fark bulunmuştur. Buna göre tedavisinin ikinci yılında olan hastaların dıştan denetimli oldukları saptanmıştır.

Hemipleji hastalarının hastalığı ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadığı, aldıysa kimden aldığı, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odağı arasında istatistiksel bir fark yoktur. Hemipleji hastalarının %73,6'sı felç ile ilgili herhangi bir kimseden eğitim almadığını ve %63,9'u felç ile ilgili herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Hemipleji hastalarının çoğunun felç ile ilgili bilgisinin olmaması, herhangi bir eğitim almadıklarını belirttikleri düşünüldüğünde anlam kazanmaktadır. Ancak bu bilgi literatür ile çelişmektedir çünkü Dönmez'in (1986) belirttiğine göre, Watson ve diğerleri (1976) içten denetimli bireylerin tansiyon yüksekliği gibi olası sağlık sorunlarına dikkatleri çekildiğinde, hastalık hakkında bilgi toplamaya diğer kişilerden daha eğilimli; Pines ve Julian'a göre içten denetimlilerin sorunları çözmeye çalışırken bilgi toplamada dıştan denetimlilere oranla daha etkili; Balch ve Ross (1975) dıştan denetimlilere oranla, içten denetimlilerin fiziksel sağlıklarını korumak, hastalık ve kazalara karşı önlem almakta daha eğilimli olduklarını bulgulamıştır. Yine İsmailoğlu'nun (2010) hipertansiyon tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında hastalığı hakkında eğitim aldığını belirten bireylerin içten denetimli olup, stresle başa çıkma becerilerinin yüksek

olduğu; hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin ise içten denetimli olduğu saptanmıştır.

Hastaların etkilenen hemisfer açısından sağ veya sol hemipleji olması stresle başa çıkma ve denetim odakları puanları üzerinde anlamlı bir sonuç yaratmamıştır. Karahan ve Kaydok'un (2013) geriyatrik hemiplejik olgular üzerinde yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunarak, serebrovasküler olay sonrası etkilenen hemisferin depresyon ve anksiyete üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Hemipleji hastalarının konuşma bozukluğu yaşayıp yaşamaması stresle başa çıkma yolları ve denetim odağı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark doğurmamıştır. Görüşme yapılan hemipleji hastalarının çoğu (%65,3) konuşma bozukluğu yaşadığını bildirmesine rağmen istatistiksel bir fark bulunmaması, literatürdeki akut hemipleji vakalarında afazi oranı 1/3'ten altı ay sonra oranın %12-18'e kadar indiği bilgisi ile (Miller, 2007: 1050) oldukça tutarlıdır.

Hemipleji hastalarının büyük çoğunluğuna (%83,3) birinci derece akrabaları (anne, baba, eş, çocuk ya da gelin) bakım vermektedir. Bu çalışmada bakım veren kişinin olup olmaması ya da kimin bakım verdiği ile stresle başa çıkma ve denetim odağı puanları açısından herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır. Aktaş'ın (2013) spinal kord yaralanmalı hastalar ve bakım verenleri ile yaptığı bir çalışmada anne babası tarafında bakım alanların, eşlerinden bakım alanlara göre psikososyal uyumlarının daha iyi bir eğilime sahip olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise kimin bakım verdiği ile ilgili bir değişiklik görülmemiştir.

Hemipleji hastalarının yarısından fazlası (%52,8) başka bir hastalığı olduğunu belirtmesine rağmen bu değişkenin, stresle başa çıkma ve denetim odağı ölçeği puanları üzerinde istatistiksel bir etkisi bulunmamıştır.

Hemipleji hastaları felç geçirme sebeplerini sırası ile; yüksek tansiyon (%30,6), bilmiyorum/aniden (%29,2), stres (%15,3), pıhtı/damar (%13,9), ilaç/operasyon sonrası (11,1) olarak bildirmişlerdir. Hemipleji hastalarının belirttikleri felç geçirme sebepleri ile stresle başa çıkma yolları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre felç geçirme nedenini bilmediğini, aniden ortaya çıktığını ya da Allah tarafından başına böyle bir şey getirildiğini belirten hemipleji hastalarının stresle başa çıkarken pasif yollar olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı tercih ettikleri görülmüştür. Pasif yolu izleyen kişilerin olayların çözümüne yönelik ne yapacağını bilememesi, problemi çözemeyeceğine dair inancı ve çözümü kendinden başka

yerlerde örneğin doğaüstü güçlerde araması gibi özellikleri araştırmanın bu sonucunu anlaşılmaktadır.

Hemipleji hastalarının belirttikleri felç geçirme sebepleri ile denetim odakları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. İsmailoğlu'nun (2010) hipertansiyon hastaları ile yaptığı bir çalışmada hastalığın nedenlerini kontrol edilemeyen dış faktörlere atfedenlerin dıştan denetimli bireyler olduğu görülmüştür. Hastalığının sebebini strese bağlayanlar içten denetimli; stresle başa çıkma puanları ise beklenenden düşük bulunmuştur. Bu çalışmada da hastalığın sebebini strese atfedenlerin benzer şekilde başa çıkma becerilerinde etkili yol kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Hemipleji hastalarının sorun yaşadıkları davranışlar ile denetim odağı ve stresle başa çıkma yolları arasındaki sonuçlar aşağıda açıklanmıştır.

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferlerde yaşadığı sorun ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odakları arasında istatistiksel bir fark yoktur.

Hemipleji hastalarının kendine bakımda yaşadığı zorluk ile stresle başa çıkma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre kendine bakım yapmada zorluk yaşamadığını belirten hemipleji hastalarının, stresle başa çıkma yollarından kendine güvenli yaklaşımı sergilediği görülmektedir. Bu durumu hastanın öz bakımını yapabiliyor olmasının verdiği özgüvenle açıklamak mümkündür. Fiziksel olarak engellenmelere maruz kalmasına rağmen, bireyin dişlerini kendisinin fırçalayabilmesi ya da tıraşını kendisinin olabilmesi, yalnızca hasta için anlamlı olmakla kalmamış, istatistiksel olarak da bu durumun anlamlılığı kanıtlanmıştır. Hastanın benim elimden kendim için bir şeyler yapmak geliyor düşüncesi, stresle başa çıkmada aktif yol izlemesinin sebebi olabilir. Kendine bakım ifadesinin hastalar tarafından yalnızca öz bakım olarak algılanmayıp, yapabildiği her şeyi içine alan kapsayıcı bir soru olarak algılanması da bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı çıkmasını sağlamış olabilir.

Hemipleji hastalarının kendine bakımda sorun yaşamaması ile denetim odağı arasında istatistiksel bir fark yoktur.

Hemipleji hastalarının klozete oturup kalkma davranışı ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odağı arasında bir farklılık oluşmadığı görülmüştür.

Düzgün yüzeyde yürüme davranışı ile stresle başa çıkma yolları ve denetim odağı arasında bir farklılık oluşmadığı görülmüştür.

Hemipleji hastalarının tekerlekli sandalyeyi kullanma davranışı ile stresle başaçıkma yolları ve denetim odakları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada yaşıdığı sorun ile stresle başaçıkma yolları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre merdivenleri inip çıkmada sorun yaşamayan hemipleji hastalarının stresle başaçıkma yollarından kendine güvenli yaklaşımları benimsedikleri görülmüştür. Aynı zamanda bu bireylerin sosyal destek arama yaklaşımları diğerklerine göre daha fazladır. Merdiven inip çıkabilmek gibi önemli bir fonksiyonel bağımsızlığı olan ve stresle başaçıkmada kendine güvenli bir yol izleyen bu hastaların, sosyal olarak da arayış içinde olduğu g r lmektedir. Fiziki yeterliliğe ve bağımsızlığa ulaşırsa da çevresindekilerden destek beklediği anlaşılmaktadır.

Hemipleji hastalarının merdiven inip çıkmada yaşıdığı sorun ile denetim odakları arasında istatistiksel bir fark yoktur.

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada yaşıdığı sorun ile stresle başaçıkma yolları arasında fark bulunmuştur. Buna göre giyinip soyunmada sorun yaşamadığını belirten hemipleji hastalarının sosyal destek arama yaklaşımlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hemipleji hastalarının giyinip soyunmada yaşıdığı sorun ile denetim odakları arasında bir farklılık yoktur.

Denetim odağının stresle başaçıkma yolları üzerinde etkili olduğu yapılan çalışmalardan anlaşılmaktadır (Bilal ve Dağ, 2005; Palancı, 2000). Ancak bu araştırmanın korelasyon analizi sonucunda böyle bir ilişkinin varlığına rastlanmamıştır. Farklı denetim odağına sahip hemipleji hastalarının Stresle Başaçıkma Tarzları  l eği puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre içten denetimli hemipleji hastalarının stresle başaçıkmada kendine güvenli yaklaşımları; dıştan denetimli hemipleji hastalarının ise çaresiz yaklaşımları benimsedikleri görülmüştür. Bu durum Evans ve diğerklerinin (2000) dış kontrol odağının hastalıklarla başaçıkmada depresif belirtiler, ümitsizlik ve strese neden olabileceğini söylemesi ile tutarlılık oluşturmaktadır. Aynı zamanda Candangil ve Ceyhan (2006) buna benzer biçimde içten denetimlilerin karar verme davranışı üzerinde stres düzeylerinin dıştan denetimlilere göre daha düşük olduğunu bulmuştur.

Yapılan çalışmalarda stresle başaçıkma yollarından kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlar ile depresyon, kaygı, yalnızlık, strese yatkınlık ve A-tipi kişilik

gibi psikolojik özellikler arasında negatif; çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar ile pozitif korelasyonlar bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1995; Yöndem ve Totan, 2007).

5.2. Öneriler

5.2.1. Uygulamacılar İçin Öneriler

1- Yapılan çalışmalar hastalara hastalıkları hakkında yalnızca bilgi verilmeyip eğitim de verildiğinde, daha etkili başa çıkma sonuçları alındığını göstermektedir. Bu bağlamda hem koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hem de hastalıkla karşılaştıktan sonraki aşamanın daha kaliteli geçirilebilmesi için hemipleji ve stresle başa çıkma konuları ile ilgili bilgilendirmeler ve eğitim programları hazırlanmalıdır.

2- Hemipleji hastalarının fonksiyonel işlev kaybı yaşaması nedeniyle iş hayatından ayrılmak zorunda kalması, günlük işlerini yaparken bile yanında çoğu zaman bakım veren biri olması, bu hastaların maddi açıdan da zorluk yaşadığını göstermektedir. Gelir düzeyi verilerine bakıldığında hiçbir katılımcının yüksek gelir düzeyini belirtmediği ve sözel olarak da araştırmacıya maddi destek konuları ile ilgili istekler dile getirildiği düşünüldüğünde, hükümetler sağlık politikalarını düzenlerken hastaların bu maddi sıkıntısını giderme konusunda daha dikkatli olmalıdır.

3- Hastanede yatış yapmayarak tedaviye kendi evinden gidip gelen hastaların stresle başa çıkarken kendine güvenli yaklaşım sergiledikleri görülmektedir. Bu bağlamda hastalar hastanelere bağlı kalmayarak mümkün olduğunca hayatın içine sokulmalı, hastanelerde sosyal hayata katılabilecekleri ortamlar oluşturulmalıdır. Kendi sorumluluklarında düzenleyecekleri aktiviteler ve el işi çalışmaları yapılabilir.

5.2.2. Araştırmacılar İçin Öneriler

1- Katılımcılar hasta ve çoğu da yaşlı olduğu için anket sorularının uzun sürede cevaplanması konusunda şikayetçi olabilmekteler. Bu açıdan anketi uygulayacak kişilerin bu alanda eğitimli ve tecrübeli kişiler olması tercih edilmelidir.

2- Hemipleji hastalarının hemen hemen tüm zamanları bakım verenleri ile birlikte geçmektedir. Birisinin depresiflik, umutsuzluk vb. gibi psikolojik durumları

diğerlerine de etki edebilir. Bu açıdan daha sonraki aşamalarda bakım verenle ilişkiler detaylı incelenmek üzere araştırılabilir.

3- Gerek literatür taramasında gerek hastalarla birebir görüşmelerden elde edilen gözlemler düşündürmüştür ki hemipleji hastalarında başaçıkma yolları; depresyon, umutsuzluk, uyum sağlama ve yaşam kalitesi konuları ile birlikte incelenebilir.

KAYNAKLAR

Akbağ, M. (2000). Stresle Başaçıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Akbağ, M., Saymer, B. ve Sözen, D. (2005). Üniversite Öğrencilerinde Stres Düzeyi, Denetim Odağı ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* (21), 59-74.

Aksoy, F. (2008). Psikolojik Şiddet'in (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aktaş, H. G. (2008). Öğretmenlerde Denetim Odağı ve Örgütsel Vatandaşlık. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aktaş, A. (2013). Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenleri: Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici ve Temel Etkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Alexander, M. P. (1994). Stroke Rehabilitation Outcome. A Potential Use of Predictive Variables To Establish Levels of Care. *Stroke*, 25, 128-134.

Altinkurt, Y. K. (2012). Üniversite Çalışanlarının Psikolojik Yıldırma Algıları İle Denetim Odağı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. and Hoeksma-Susan, N. (1999). *Psikolojiye Giriş*. Y. Alogan (Çev.). Ankara: Arkadaş Yayınları.

Aytan, M. E. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2012). Stres ve Başaçıkma Yolları. (28. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bernardi, A. R. (2001). A Theoretical Model for the Relationship Among: Stress, Locus of control, and Longevity. *Business Forum*, 9(8), 18-23.

Bickerstaff, L. (2008). *Stress: Coping in a Changing World*. US: Read How You Want.

Bilal, E. ve Dağ, İ. (2005). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12, 56-68.

Billings, A. G. and Moos, R.H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.

Bond, D. S., Durrant L., Digre K. B., Baggaley S. K. and Rubingh C. (2004). Impact of Self Help Intervention on Performance of Headache Management Behaviours: A Self Efficacy Approach. *The Internet Journal of Allied Health Science and Practice*, 2(1).

Brandstater, M. E. (1990). An Overview of Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 21, 40-42.

Brandstater, M. E. (2007). İnme Rehabilitasyonu. J. A. Delisa, (Ed.). H. Gök, N. Koç, D. Yıldızlar (çev.). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon: İlkeler ve Uygulamalar*. (4. Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Buunk, A. P., Zurriaga, R. and González P. (2006). Social Comparison, Coping and Depression in People with Spinal Cord Injury. *Psychology & Health*, 21(6), 791-807.

Carver, C. S., Scheier, M. F. and Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: a Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Candangil, S. Ö. ve Ceyhan, A. A. (2006). Denetim Odakları Farklı Lise Öğrencilerinin Bazı Kişisel Özelliklerine Göre Karar Vermede Öz-Saygı ve Stres Düzeyleri.

Web:http://www.anadolu.edu.tr/arastirma/hakemli_dergiler/sosyal_bilimler/pdf/2006-2/sos_bil.5.pdf adresinden 19 Ocak 2014'de alınmıştır.

Catanzaro, J. F. and Honey, G. C. (1995). Hassles, Coping and Depressive Symptoms in a Elderly Community Sample: The Role of Mood Regulation Expectancies. *Journal of Counseling Psychology*, 3(42), 259-265.

Chambliss P. B. (1997). A Study of the Impact of Health Locus of Control, Social Support, and Illness Severity on Depression and Compliance in End-Stage Renal Disease Patients. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Washinton: The George Washington University.

Chan, R. C. K., Lee, P. W. H. and Lieh-Mak, F. (2000). The Pattern of Coping in Persons with Spinal Cord Injuries. *Disability and Rehabilitation*, 22(11), 501-507.

Chan, C. Z. Y. and Wong, G. C. T. (2012). Hemiplegia in Men: A Case Study. *The Qualitative Report*, 17(44), 1-17.

Christensen, A. J., and Ehlers, S. L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.

Cully, J. A., Gfeller, H. D., Heise, R. A., Ross, M. J., Teal, C. R. and Kunik, M. E. (2005). Geriatric Depression, Medical Diagnosis and Functional Recovery During Acute Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (86): 2256-2260.

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

Dağ, İ. (1990). Kontrol Odağı, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme İlişkileri. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dağ, İ. (1991). Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)nün Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(26), 10-16.

Dalyan-Aras, M. ve Çakçı, A. (2004). İnme Rehabilitasyonu. H. Oğuz, E. Dursun ve N. Dursun (Ed.). *Tıbbi Rehabilitasyon*. (2. Baskı). İçinde (499-617) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Demirkol, İ. (2006). Avukatlarda İş Doyumu, Tükenmişlik ve Denetim Odağının Bazı Demografik Değişkenler Bağlamında İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demirtaş, Ç. P. (2006). İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Ruh Sağlığı ve Denetim Odağının Yönü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Niğde: Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dombovy, M. L. (1980). Amenorrhea. *JAMA*, 243(20), 2028.

Dombovy, M. L., Sandok, B. A. and Basford, J. R. (1986). Rehabilitation for Stroke: a Review. *Stroke*, 17(3), 363-369.

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

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

Dugas, M., Freeston, J. and Ledoucer, R. (1995). Worry and Problem Solving: Evidence of a Specific Relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.

Efilti, E., (2006). Orta Öğretim Kurumlarında Okuyan Öğrencilerin Saldırganlık, Denetim Odağı Ve Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi.

Ekmekçi, R. (2008). Hakemlerinin Stres Kaynakları ile Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Tespiti ve Önleyici Yönelimsel Uygulamaların Gelişmesi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erden, G. (2006) İslahevinde ve Tutukevinde Kalan Ergenlerin Stresle Başa Çıkma Örüntüleri. Ankara: Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri.

Ersever, O. G. (1985). Stresin Ruh Sağlığıyla İlişisini İnceleyen Çok Faktörlü Kavramsal Bir Model. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 1(3), 33-39.

Evans, S., Ferrando, S. J., Rabkin, J. G. and Fishman, B. (2000). Health Locus of Control, Distress, and Utilization of Protease Inhibitors Among HIV-Positive Men. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 157-162.

Eylen, B. (2001). Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health And Social Behavior*, (21), 219-239.

Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: A Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. and Delongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

French, D. J., Holroyd, K. A., Pinell, C., Malinoski, P. T., O'Donnell, F. and Hill, K.R. (2000). Perceived Self-Efficacy and Headache-Related Disability. *Headache*, 40, 647-656.

Finlayson, M. A. and Rourke, B. P. (1978). Locus of Control as a Predictor Variable in Rehabilitation Medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 34(2), 367-368.

Hall, M. J., Gordinier, S. and Docherty, N. M. (1997). The Relationship Between Conceptual Ability and the Use of Effective Coping Strategies in Individuals with Schizophrenia. *Schizophrenia Resources*, 24(1), 106.

Hiçdurmaz, D. (2005). Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hillen, M. A., Haes, H. C. J. M., Stalpers, L. J. A., Klinkenbijnl, J. H. G., Eddes, E. H., Verdam, M. G. E. and Smets, E. M. A. (2014) How Attachment Style and Locus of Control Influence Patients' Trust in Their Oncologist. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(3), 221-226.

Holahan, C. J. and Moos, R. H. (1987). Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.

Ivancevich, J. M. and Matteson, M. T. (1980). Stress and Work: A Managerial Perspective. J. C. Quick, R. S. Bhagat, J. E. Dalton, J. D. Quick (Ed.). *Work Stress: Health Care Systems in the Workplace* içinde (27-49). New York: Praeger.

İsmailoğlu, M. (2010). Hipertansiyon Tanısı Almış Olan Hastaların Denetim Odağı ve Stresle Başetme Becerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Jennings, B. M. (2007). Stres, Locus of Control, Social Support and Psychological Symptoms Among Head Nurses. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 15.

Jordan, C. and Waters, R.L. (1982). Stroke. U.L. Nicel (Ed.). *Orthopedic Rehabilitation* içinde (277-290) New York: Churchill Livingstone.

Karadeniz, E. (2005). Üniversite Sınavına Hazırlanan Lise Son Sınıf Öğrencileri ve Velilerinin Kaygı Düzeyleri, Baş Etme Yolları ve Denetim Odağı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Karahan, A. Y. ve Kaydok, E. (2013). Geriyatrik Hemiplejik Olgularda Depresyon ve Anksiyete Düzeyi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 130-137.

Karasar, N. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (25. Baskı). Ankara: Nobel.

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

Keedy, N. H., (2009). Health Locus of Control, Self-Efficacy and Multidisciplinary Intervention for Chronic Back Pain. *Doctor of Philosophy Thesis*. Iowa: University of Iowa.

Kılıç, C. ve Eşel, E. (2002). Stres Tepkisi Süreci. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12(1), 41-48.

Köksal F. (1991). Denetim Odağı İle Saldırganlık Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Küçükbayır, D. G. (2000). Sağlıkta ve Hastalıkta Kontrol Odağı Ölçeği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Küçükdeveci, A.A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B. ve Arasil, T. (2000). Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* (32): 87-92.

Kulaksızoğlu, I. (2011). Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yansımaları. A. E. Öge ve B. Baykan (Ed.). *Nöroloji içinde* (798-801). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Lamont, A. F., Richard, M. H. and James, M. (2003). Effects of Locus of Control on African American High School Seniors Educational Aspirations: Implications for Preservice and Inservice High School Teachers and Counselors. *High School Journal*, 87(1), 2-16.

Larson, J., Franzen-Dahlin, A., Billing, E., Arbin, M., Murray, V. and Wredling, R. (2005). Predictors of Quality of Life Among Spouses of Stroke Patients During the First Year After the Stroke Event. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 439-445.

Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Mahoney, F.I. and Barthel D.W. (1965). Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14: 61-65.

Marshall, G. N. (1991). A Multidimensional Analysis of Internal Health Locus of Control Beliefs: Separating The Wheat From The Chaff. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61(3), 483-491.

Mercan, S. ve Altunay, İ.K. (2006). Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 305-313.

Michael, K. M. and Shaughnessy, M. (2006). Stroke Prevention and Management in Older Adults. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 21-26.

Miller, R. M. (2007). Konuşma, Dil, Yutma ve İşitsel Rehabilitasyon. (4. Baskı). J. A. Delisa (Ed.). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler Uygulamalar*. (Çeviri: Altay, Z. E., Arasıl, T.). Güneş Kitabevi.

Morris, P., Robinson, R., Raphael, B. and Bishop, D. (1991). The Relationship Between the Perception of Social Support and Poststroke Depression in Hospitalized Patients. *Psychiatric*, 54, 306-16.

Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş*. (H. B. Ayvaşık ve M. Sayıl, çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Njus, D. M. and Brockway, J. H. (1999). Perceptions of Competence and Locus of Control for Positive and Negative Outcomes. *Personality and Individual Differences*, 26(7), 531-548.

Nysberg, L. and Gustafson, Y. (1995). Patients Fall in Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 26, 838-42.

Oflaz, B. (1995). Psikiyatrik Hastaların Eşlerinin Psikososyal Güçlükleri ve Stresle Baş Etme Yollarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öge, A.E. ve Baykan, B. (Ed.). (2011). *Nöroloji*. (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Özkan S. (1999). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. *Psikiyatrik Tıp: Psikiyatrisi Konsültasyon ve Liyezon Kongre Kitabı*, 140-153. İstanbul: İ.Ü İst. Tıp Fak. Psikiyatri A.B. D. Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı.

Palancı, M. (2000). *Algılanan Kontrol Düzeyine Bağlı Olarak Farklılaşan Stresle Başa Çıkma Davranışları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Panconesi, E. and Hautmann, G. (1996). Psychophysiology of Stress in Dermatology: The Psychobiologic Pattern of Psychosomatics. *Dermatol Clinics*. 14(3), 399-421.

Partlak, N., (2003). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve İntihar Olasılıkları Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Pearlin, L.I. and Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Pucheu, S., Consoli, S. M., D'Auzac, C., Français, P. and Issad, B. (2004). Do Health Causal Attributions and Coping Strategies act as Moderators of Quality of Life in Peritoneal Dialysis Patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 317-322.

Raine, A., Roger, B. D. and Veneables, P. H. (1982). Locus of Control and Socialization. *Journal of Research in Personality*, 16(1), 147-156.

Rohde, P., Lewinshon, P. M., Tilson, M. and Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of Coping and its Relation to Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 499-511.

Rotter, J. B., Seeman, M. and Leverant, S. (1962) Internal Versus External Control of Reinforcement: a Major Variable in Behavior Theory. N. F. Washburne (Ed.). *Decisions, Values, and Groups* (2. baskı) içinde (234-287). London: Pergamon Press.

Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies For Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.

Rotter, J. B., Change, J. E. and Phares, E. J. (1972). *Applications of Social Learning Theory of Personality*. New York: Hold Rinehart and Winston, Inc.

Rotter, J. B. (1982). The Development and Applications of Social Learning Theory: Selected Papers. Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall.

Sacco, R. L., Wolf, P. A. and Gorelick, P. B. (1999). Risk Factors and Their Management for Stroke Prevention: Outlook for 1999 and Beyond. *Neurology* 53(7 suppl 4), 15-24.

Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (1997). *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara

Sayınır, Z. B. (2003). Denetim Odakları Farklı Yükseköğretim Gençliğinin Sorunları ve Başaçıkma Yöntemleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Schultz, D. P. and Schultz, S. E. (2007). Modern Psikoloji Tarihi. Y. Aslay (çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: Mcgraw-Hill.

Sneed, N. V., Edlund, B. ve Dias, J. K. (1992). Adjustment of Gynecological and Breast Cancer Patients to the Cancer Diagnosis: Comparisons with Males and Females Have Other Cancer Sites. *Health Care Women*, 13, 11-22.

Solak, A. (2003). Yaratıcılık İle Denetim Odağı Arasındaki İlişki; İlköğretim Öğrencileri Üzerinde Yapılan Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Spector, P. E. (1982). Behavior in Organizations as a Function of Employee's Locus of Control. *Psychological Bulletin*, 91, 482-497.

Şahin, N. ve Durak, A. (1995). Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

Tekin, F. (2005). Stresle Başa Çıkma Din Eğitiminin Rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tengs, T. O., Yu, M. ve Luistro, E. (2001). Health-Related Quality of Life After Stroke. A Comprehensive Review. *Stroke*, 32, 964-972.

Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L. ve Cruzen, D. (1993). Maintaining Perceptions of Control: Finding Perceived Control in Low-Control Circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(2), 293-304.

Tomar, H. (2002). 17 Ağustos Marmara Depreminden Sonrasında Farklı Meslek Gruplarındaki Bireylerde Görülen Stres Yaşantıları ve Başa Çıkma Davranışları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Türküm, S. A. (1999). *Stresle Başaçıkma ve İyimserlik*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Utku, U. ve Çelik, Y. (2002). Strokta Etiyoloji, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. S. Balkan (Ed.). *Serebrovasküler Hastalıklar*. Ankara: Güneş Kitabevi.

Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green and Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 343-352.

Wallston, B. S. (1978). Locus of Control and Health: A Review of the Literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.

Williams, J. K. and Hall, J. A. (2009). Stress and Traumatic Stress: How Do Past Events Influence Current Traumatic Stress among Mothers Experiencing Homelessness. *Social Work Research*, 33(4), 199-207.

Wong-McDonald, A. and Gorsuch, R. L. A., (2004). Multivariate Theory Of God Concept, Religious Motivation, Locus Of Control, Coping and Spiritual Well-Being. *Journal of Psychology and Theology*, 32(4), 318-334.

Wu, A. M. S., Tang, C. S. K. and Kwok, T. C. Y. (2004). Self-Efficacy, Health Locus of Control and Psychological Distress in Elderly Chinese Women with Chronic Illnesses. *Aging and Mental Health*, 8(1), 21-28.

Yaşar, V. (2008). Farklı Liselerde Öğrenim Görmekte Olan 16-18 Yaş Gurubundaki Öğrencilerin Denetim Odağı Düzeyleri İle Bazı Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Milli Eğitim Üç Aylık Eğitim Ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 37(178), 120-138.

Yerlikaya, N. (2007). Lise Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Stresle Başaçıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yeşilyaprak, B., (1990). Denetim Odağının Belirleyicileri ve Değişimine İlişkin Araştırmalar: Bir Eleştirel Değerlendirme. *Psikoloji Dergisi*, (7)25, 41-52.

Yeşilyaprak, B. (2004). Denetim Odağı. Y. Kuzgun ve D. Deryakulu (Ed.). *Eğitimde Bireysel Farklılıklar içinde* (241-257) Ankara: Nobel Yayınları.

Yıldız, N., Şanal, E., Sarsan, A., Topuz, O. ve Ardıç, F. (2009). İnmeli Hastaların Özellikleri ve Fonksiyonel Sonuçlarını Etkileyen Faktörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, (12), 59-66.

Yöndem, Z. ve Totan, T. (2008). Ergenlerde Zorbalık ve Stresle Baş Etme. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3, 28-37.

Ziyalar, A. (2006). *Erişkin Psikopatolojisi*. İstanbul: Yüce Yayınları.

EKLER

EK 1: Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu

KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Bu araştırma T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nazende ŞAKA tarafından, Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER'in danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, felç geçirmiş bireylerde kontrol odağı ve stres ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanıp, katılımcının istediği an çalışmayı yarıda bırakma özgürlüğü vardır. Katılımcılardan kimlik bilgileri istenmeyecek olup elde edilen diğer bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katılımcının ortalama 25 dakika sürecek olan anket formunu doldurması gerekmektedir.

Araştırmaya katılmayı onaylıyorsanız lütfen işaretleyiniz.

() *Evet, kabul ediyorum.*

() *Hayır, kabul etmiyorum.*

EK 2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Ankette yer alan soruların başında uygun olan yeri (X) işareti ile belirtiniz. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Protokol no:

- 1 - Cinsiyetiniz nedir? 1() Kadın 2() Erkek
- 2 – Yaşınız nedir?
- 3 - Medeni haliniz nedir? 1() Bekar 2() Evli 3() Diğer:.....
- 4 - Eğitim durumunuz nedir? 1() Okuryazar değil 2() İlkokul
3() Ortaokul 4() Lise 5() Üniversite
6() Yüksek lisans ve doktora
- 5 - Mesleğiniz nedir?
- 6 - Aylık geliriniz nedir? 1() Düşük 2() Orta 3() Yüksek
- 7 - Ne zaman felç geçirdiniz? Tarih:.....
- 8 – Bundan önce felç geçirdiniz mi? 1() Evet 2() Hayır
- 9 – Kaç defa felç geçirdiniz? 1() Bir 2() İki 3() Üç 4() Diğer:...
- 10 – Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı? 1() Evet 2() Hayır
- 11 - Tedavi görüyor musunuz? 1() Evet 2() Hayır
- 12 - Tedavi şekliniz nedir? 1() Ayakta 2() Yatarak
- 13 - Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?
Lütfen ay ile belirtiniz:
- 14 - Felç hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı? 1() Evet 2() Hayır
Yanıtınız evet ise; 16. soruya geçiniz.
Yanıtınız hayır ise; 17. soruya geçiniz.
- 15 – Eğitimi nereden aldınız?
1() Doktor 2() Aile 3() Televizyon 4() Diğer:
- 16 - Hastalığınız hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?
1() Hiç bilğim yok 2() Kısmen Bilğim var 3() Çok bilğim var
- 17 - Felç türünüz nedir? 1() Sağ hemipleji 2() Sol hemipleji
3() Çift taraflı hemipleji

18 - Felç geçirdiğinizde konuşma problemi yaşadınız mı?

1() Evet 2() Hayır

19 – Size bakım veren kişileri işaretleyiniz.

1() Anne 2() Baba 3() Kardeş 4() Eş 5() Çocuk 6() Bakıcı
7() Diğer:

20 – Felç dışında başka bir hastalık geçirdiniz mi? 1() Evet 2() Hayır

Evet ise hastalığın adını yazınız:

21 - Sizce felç geçirmenizin nedeni nedir?

.....
.....

22 – Aşağıdaki davranışlardan sorun yaşadıklarınızı işaretleyiniz.

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- 1() Beslenme
- 2() Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler
- 3() Kendine bakım
- 4() Klozete oturup kalkma
- 5() Yıkanma
- 6() Düzgün yüzeyde yürüme
- 7() Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme
- 8() Merdiven inip çıkma
- 9() Giyinip soyunma
- 10() Bağırsak bakımı
- 11() Mesane bakımı

EK 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki boşluğa (X) işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	0%	30%	70%	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. “Başa gelen çekilir” diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak, en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. “İş olacağına varır” diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20. Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olaylar karşısında “Kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				

26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçekten nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK 4: Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

ROTTER İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ

Bu anket, bazı önemli olayların insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlamaktadır. Her maddede “a” ya da “b” harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinden sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçerek, yanındaki parantezin içine (X) işareti koyunuz.

1	<input type="checkbox"/> a. Ana-babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemlili oluyor. <input type="checkbox"/> b. Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.
2	<input type="checkbox"/> a. İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır. <input type="checkbox"/> b. İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.
3	<input type="checkbox"/> a. Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesindedir. <input type="checkbox"/> b. İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.
4	<input type="checkbox"/> a. İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görürler. <input type="checkbox"/> b. İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
5	<input type="checkbox"/> a. Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır. <input type="checkbox"/> b. Öğrencilerin çoğu, notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.
6	<input type="checkbox"/> a. Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz. <input type="checkbox"/> b. Lider olamayan yetenekli insanlar, fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
7	<input type="checkbox"/> a. Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar. <input type="checkbox"/> b. Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçineceğini bilmeyenlerdir.
8	<input type="checkbox"/> a. İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar. <input type="checkbox"/> b. İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.
9	<input type="checkbox"/> a. Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur. <input type="checkbox"/> b. Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima daha iyidir.
10	<input type="checkbox"/> a. İyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz. <input type="checkbox"/> b. Sınav soruları derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki, çalışmanın anlamı kalmıyor.
11	<input type="checkbox"/> a. Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda ya hiç ya da çok küçük bir payı vardır. <input type="checkbox"/> 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 konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.
13	() a. Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir. () b. Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü birçok şey zaten iyi ya da 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 hiç payı yoktur ya da çok azdır.
17	() a. Dünya meseleleri söz konusu olduğunda çoğumuz anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyızdır. () b. İnsanlar, siyasal ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kabul 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 olduğunuza bağlıdır.
21	() a. Uzun vadede yaşamınızdaki 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 kaldırmamız mümkündür. () b. Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur.
23	() a. Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anlayamıyorum. () b. Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı 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 hissederim. () b. Şans ya da talihin yaşamımda önemli bir rol oynadığına inanmam.
26	() a. İnsanlar arkadaşça olmaya çalıştıkları için yalnızdırlar. () b. İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamamın yararı yoktur, sizden hoşlanırlarsa hoşlanırlar.
27	() a. Liselerde 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	<p><input type="checkbox"/> a. Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlayamıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> b. Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareten uzun vadede halk sorumludur.</p>
----	--

EK 5: Uygulama İçin Gerekli İzin



TC Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 95273397-770-1370

13/01/2014

Konu : Nazende ŞAKA'nın Tez Çalışması Hk.

İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi: 11/12/2013 tarih ve 3161 sayılı yazı

Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Psikolog Nazende ŞAKA'nın tez çalışması kapsamında 01.01.2014 - 30.04.2014 tarihleri arasında "Hemipleji Hastalarında Denetim Odağı ve Stres ile Başaçıkma Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bilimsel çalışmasını kurumunuzda yapmasıyla ilgili talep Genel Sekreterliğimize iletilmiştir.

Söz konusu çalışmanın, Genel Sekreterliğimiz ile Haliç Üniversitesi arasında 13.12.2013 tarihinde imza altına alınan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü"ne bağlı kalmak kaydı ile yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Şevket TOPDEMİR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EPK
HA

İstanbul Bakırköy Bölgesi Genel Sekreterliği
Gelen-Giden Evrak Birimi



BEL9EKN4

21/01/2014 - 302

D.V- 903

Eğitim ve Staj Birimi
Zuhuratbaba Mahallesi, Doktor Tevfik Sağlam Caddesi, 25/2 Ruh
Sağlığı ve Sınır Hastanesi, Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği Binası

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine KARAKURT

e-Posta: khbbakirkoyegitim@gmail.com

EK 6: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 82
KONU:

11 /12 /2013

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Z.Banu SAYINER

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Nazende ŞAKA'nın "*Hemipleji Hastalarında Denetim Odağı ve Stres ile Başaçıkma Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" isimli araştırması kurulumuzun 06.12.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Beyoğlu-İstanbul'da doğmuştur. İstanbul Köy Hizmetleri Anadolu Lisesi'nden 2008 yılında mezun olup aynı yıl İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'ne birincilikle yerleşmiştir. 2012 yılında buradan mezun olmuş ve aynı yıl Haliç Üniversitesi'nde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Lisans eğitimi devam ederken Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yetişkin ve Çocuk Ruh Sağlığı Ana Bilim Dallarında ve Bayrampaşa Belediyesi Fizik Tedavi ve Engelliler Rehabilitasyon Merkezinde kendi inisiyatifiyle stajlar yapmıştır. Birçok seminer, çalışma gurubu ve proje ile 14. ve 17. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongrelerine katılmış ve 17. Ulusal Psikoloji Kongresi'nde Pamuk Prenses ve Yedi Cüceler Masalının Psikanalitik Kuramla İncelenmesi başlıklı serbest bildiri sunumu yapmıştır. 2011'de Training of Experiential Play Therapy Level I ve II sertifikalarını almıştır. Üniversiteye giriş sınavlarında elde ettiği başarıdan dolayı lisans ve yüksek lisans öğrenimi boyunca TÜBİTAK tarafından başarı bursu verilmiştir. İngilizce bilen Nazende ŞAKA, evli ve bir çocuk annesidir.